



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas

Públicas

Departamento de Administração

KARINE RANGEL BARBOSA

**GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: um estudo de caso sobre a prevenção de falhas em um hospital público**

Brasília – DF

2018

KARINE RANGEL BARBOSA

**GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: um estudo de caso sobre a prevenção de falhas em um hospital público**

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Dr<sup>a</sup>. Silvia Araújo dos Reis

Brasília – DF

2018

Barbosa, Karine Rangel.

Gestão da qualidade hospitalar: estudo de caso na prevenção de falhas em um hospital público. / Karine Rangel Barbosa. – Brasília, 2018.

110 f. : il.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2018.

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Araújo dos Reis, Departamento de Administração.

1. Segurança do Paciente. 2. Cirurgia Segura. 3. Gestão da Qualidade em Saúde. 4. *Checklist* Cirúrgico. I. Título.

**KARINE RANGEL BARBOSA**

**GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: um estudo de caso sobre a prevenção de falhas em um hospital público**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do  
(a) aluno (a)

**Karine Rangel Barbosa**

Doutora, Sílvia Araújo dos Reis  
Professor-Orientador

Doutora, Vanessa Cabral Gomes,  
Professor-Examinador

Doutor, Fabrício Oliveira Leitão  
Professor-Examinador

Brasília, 7 de dezembro de 2018

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, meu Senhor e Salvador, que sempre abençoou e guiou os meus caminhos. Ele me fez chegar até aqui.

Aos meus pais, Gilberto e Senne, os quais não pouparam esforços na minha formação pessoal e acadêmica. Obrigada por acreditarem e investirem em mim.

Aos meus queridos irmãos, Adriane e Lucas, pelo companheirismo e apoio incondicional.

À Universidade de Brasília e às pessoas com quem convivi ao longo desses anos. Em especial o Núcleo de Vida Cristã, no qual passei momentos incríveis de profundos aprendizados.

Aos servidores do Núcleo de Segurança do Paciente e do Centro Cirúrgico do hospital estudado pela hospitalidade e pela assistência completa.

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Silvia Araújo dos Reis, pelo conhecimento transmitido e pelo suporte dado.

.

“Não atente cada um para o que é propriamente seu,  
mas cada qual também para o que é dos outros.”

(Filipenses 2:4)

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente no ano de 2004. Um dos feitos da Aliança foi lançar um desafio mundial chamado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, o qual orienta todos os países membros da OMS, o que inclui o Brasil, a tomarem uma série de atitudes para evitar eventos adversos em pacientes cirúrgicos. Uma das orientações dadas é seguir o *checklist* cirúrgico proposto pela própria OMS com as devidas adaptações às realidades de cada hospital. Dessa forma, o presente estudo teve como analisar meios para o alcance de uma meta proposta pelo Governo para um hospital público. Deve-se frisar que o hospital estudado já havia estabelecido duas metas específicas para alcançar a geral, quais sejam: adesão completa ao *checklist* cirúrgico e melhora da qualidade de seu preenchimento. Sendo assim, os objetivos específicos desta pesquisa foram: a) analisar o estado atual da meta por meio da análise dos *checklists* e observação direta; b) identificar as causas da baixa adesão ao *checklist*, bem como do seu mau preenchimento se for o caso; e c) montar um plano de ação. Para tanto, foi realizado um estudo de caso por meio de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa e quantitativa, cujos instrumentos de coleta de dados utilizados foram análise documental, entrevistas e observação. Os resultados da pesquisa demonstraram que a adesão ao *checklist* está bem abaixo do esperado e que os que são preenchidos possuem uma baixa qualidade, pois vários itens ficam em branco ou não são fiéis à realidade. Várias causas foram apontadas para tal situação, entre elas estão: falta de comunicação da equipe, baixa conscientização, falta de insumos, entre outras. Devido às especificidades dos itens do *checklist*, foi montado um plano de ação para aqueles considerados mais discrepantes. Constatou-se que, apesar de poucos, há profissionais realmente comprometidos com a questão da segurança do paciente cirúrgico. Contudo, há ainda muito a ser feito no sentido de conscientizar organizações e profissionais a respeito da importância do cuidado seguro.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cirurgia segura. Gestão da qualidade em saúde. *Checklist* cirúrgico.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de Causa e Efeito .....	28
Figura 2 - Ciclo PDCA .....	34
Figura 3 – <i>Checklist</i> da OMS: Entrada .....	45
Figura 4 – <i>Checklist</i> da OMS: Pausa Cirúrgica .....	45
Figura 5 – <i>Checklist</i> da OMS: Saída .....	46
Figura 6 - Bloco I do <i>Checklist</i> do Hospital estudado .....	47
Figura 7 - Bloco II do <i>Checklist</i> do Hospital estudado .....	48
Figura 8 -- Bloco III do <i>Checklist</i> do Hospital estudado .....	49
Figura 9 - Bloco IV do <i>Checklist</i> do Hospital estudado.....	49
Figura 10 - Tipos de Atendimentos Prestados .....	52
Figura 11 - Histograma: Adesão ao checklist.....	58
Figura 12 – Histograma: Termo de Consentimento.....	67
Figura 13 - Diagrama de Causa e Efeito: Termo de Consentimento.....	68
Figura 14 - Fluxograma: Assinatura do Termo de Consentimento no curto prazo ....	69
Figura 15 - Fluxograma: Assinatura do Termo de Consentimento no médio prazo ..	70
Figura 16 – Histograma: Assinatura .....	71
Figura 17 - Diagrama de Causa e Efeito: Assinatura .....	72
Figura 18 - Fluxograma: Assinatura do Bloco I do <i>checklist</i> .....	73
Figura 19 – Histograma: Exames .....	75
Figura 20 - Diagrama de Causa e Efeito: Exames .....	76
Figura 21 – Histograma: Lateralidade .....	78
Figura 22 - Diagrama de Causa e Efeito: Marcação da Lateralidade.....	78
Figura 23 - Fluxograma: Marcação de lateralidade no longo prazo .....	79
Figura 24 – Histograma: Conferência do Marcador.....	80
Figura 25 - Fluxograma: Esterilização de instrumentais.....	81
Figura 26 - Diagrama de Causa e Efeito: Marcador .....	82
Figura 27 - Histograma da Marcação do Sítio .....	84
Figura 28 - Histograma do Tempo Previsto de Cirurgia .....	85
Figura 29 - Diagrama de Causa e Efeito: Tempo Previsto de Cirurgia.....	86
Figura 30 - Fluxograma: Avaliação de tendência de desenvolvimento de úlcera por pressão no médio prazo.....	86

Figura 31 – Histograma: Reserva de UTI .....	88
Figura 32 - Diagrama de Causa e Efeito: Reserva de UTI .....	89
Figura 33 – Histograma: Conferência de Instrumentais .....	90
Figura 34 - Diagrama de Causa e Efeito: Contagem de Instrumentais .....	91
Figura 35 – Histograma: Confirmação do Procedimento.....	92
Figura 36 - Diagrama de Causa e Efeito: Confirmação do Procedimento .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC – Centro Cirúrgico

EA – Evento Adverso

IOM – *Institute of Medicine*

ISO – *International Organization for Standardization*

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSP – Plano de Segurança do Paciente

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	11
1.1	Contextualização.....	11
1.2	Formulação do problema .....	13
1.3	Objetivo Geral .....	15
1.4	Objetivos Específicos.....	15
1.5	Justificativa .....	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	Gestão da Saúde Pública no Brasil.....	18
2.2	Gestão da Qualidade .....	21
2.3	Ferramentas da Qualidade .....	25
2.3.1	Diagrama de Processo ou Fluxograma .....	25
2.3.2	Gráfico de Pareto.....	26
2.3.3	Diagramas de Causa e Efeito.....	27
2.3.4	Diagrama de Correlação.....	29
2.3.5	Histograma .....	29
2.3.6	Gráfico de Controle de Processo.....	30
2.3.7	Folhas de Verificação .....	31
2.4	Ciclo PDCA .....	33
2.4.1	Planejar .....	36
2.5	Qualidade em saúde .....	36
2.5.1	Segurança do paciente.....	39
2.5.2	Cirurgia segura .....	42
2.6	Manual do <i>checklist</i> cirúrgico da OMS.....	43
2.7	Lista de Verificação do Hospital estudado .....	47
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA .....	50

3.1	Tipo e descrição geral da pesquisa.....	50
3.2	Caracterização da organização .....	52
3.3	Participantes do estudo.....	53
3.4	Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa .....	54
3.5	Procedimentos de coleta e de análise de dados.....	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	57
4.1	Meta específica 1: adesão total ao <i>checklist</i> .....	58
4.2	Meta específica 2: melhorar a qualidade do preenchimento.....	60
4.2.1	Termo de Consentimento do Livre Esclarecido .....	66
4.2.2	Assinatura.....	71
4.2.3	Exames.....	74
4.2.4	Marcação da lateralidade .....	77
4.2.5	Conferência do Marcador .....	80
4.2.6	Marcação do Sítio.....	83
4.2.7	Tempo previsto de cirurgia .....	84
4.2.8	Reserva de UTI.....	87
4.2.9	Contagem de instrumentais.....	89
4.2.10	Confirmação do procedimento realizado .....	91
4.3	Análise da observação direta.....	93
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	95
	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICES.....	105
	Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	105
	Apêndice B – Diagrama de Pareto dos itens não preenchidos dos checklists .....	107
	ANEXOS .....	108
	Anexo A – <i>Checklist</i> cirúrgico da OMS.....	108
	Anexo B – <i>Checklist</i> do hospital estudado .....	109

# 1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo é apresentado, inicialmente, o enquadramento da pesquisa, sendo descritos os principais conceitos e o contexto relacionado à temática pesquisada e que foram abordados no estudo. Em seguida, tem-se a descrição do problema de pesquisa, seu objetivo geral e seus objetivos específicos. Por último, aborda-se a justificativa do trabalho, revelando sua relevância ao agregar conhecimento às áreas relacionadas.

## 1.1 Contextualização

Por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 e a consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil estabeleceu a garantia do direito à saúde para todos os seus cidadãos (MATTA, 2007). Tal sistema possui os princípios da universalidade, equidade e integralidade, entre outros. Por universalidade, entende-se que o acesso ao SUS é um direito e não um serviço realizado mediante pagamento prévio. Equidade está relacionada a tratar desigualmente o desigual, levando em consideração as necessidades coletivas e individuais. (MATTA, 2007).

A integralidade é estritamente relacionada ao fato de que os serviços de saúde têm a obrigação de oferecer práticas de promoção de saúde, prevenção de fatores de risco, auxílio aos danos e reabilitação quando necessário. Tais atividades devem necessariamente estar articuladas e integradas por todos os serviços de saúde do sistema (CAMPOS, 2003). Sendo assim, através deste princípio, busca-se obter a qualidade real da atenção individual e coletiva, garantida por lei, aos utilizadores do sistema de saúde (MACHADO et al., 2007).

É interessante observar que o ramo da saúde é detentor de certas particularidades quando comparado a setores como a indústria e o comércio. A prestação de serviços relacionados à saúde precisa levar em consideração expectativas dos clientes ainda mais subjetivas e diversas do que a manufatura de produtos. Envolve

empatia e sensibilidade. É relacionada a aspectos intangíveis, os quais são difíceis de serem alcançados (RONCATI, 2002).

Há alguns anos, foi realizada uma pesquisa com 82 pessoas submetidas a cirurgias cardíacas eletivas, com idades entre 31 e 83 anos com a finalidade de avaliar a qualidade do serviço prestado aos pacientes durante o período hospitalar. Na relação da expectativa e serviço recebido, o paciente de cirurgia cardíaca tem uma expectativa alta quanto ao serviço médico-hospitalar, ele espera receber simpatia, cordialidade e orientação ao seu estado de saúde. Além disso, alto grau de importância foi dado à dimensão de segurança no atendimento hospitalar (BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010).

Mudanças consideráveis ocorreram no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde: o progresso de tecnologias ocorrido nas áreas clínicas nas últimas seis décadas, a maior facilidade de acessos aos serviços de saúde ao longo dos anos e a disseminação da informação em saúde na era da globalização. Sendo assim, há um elevado contraste entre a redução da morbimortalidade por vários tipos de doenças e os altos riscos intrínsecos a esses sistemas complexos, com demandas crescentes e investimentos nem sempre suficientes (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

O foco no quesito segurança do paciente é caracterizado pela preocupação com a elevada ocorrência de eventos adversos (EAs). Eventos adversos são lesões ou danos gerados ao paciente devido ao cuidado de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Para Mendes et al. (2005), caracteriza-se como lesão ou dano não intencional que tem a chance de gerar incapacidade ou disfunção, permanente ou não, e/ ou prolongamento da internação ou morte como consequência do cuidado, e não pela evolução natural da doença de base (MENDES et al., 2005).

Os resultados críticos gerados pelo Estudo da Prática Médica de Harvard, em 1991, e a publicação do artigo “Errar é Humano” do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos incitaram a mobilização da classe médica e do público geral de diversos países para a questão da segurança do paciente. Tal mobilização é embasada, principalmente, na descoberta de que a ocorrência de eventos adversos engloba elevados custos sociais e econômicos, podendo gerar danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A partir dos anos 2000, o assunto virou foco de vários pesquisadores do mundo e passou a ser internacionalmente reconhecido como uma dimensão essencial da qualidade em saúde. Nesse contexto, um número considerável de providências para prevenção dos riscos relacionados à assistência e à melhoria da qualidade em saúde vem sendo desenvolvido pelos serviços de saúde em favor da segurança do paciente (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou, em inglês, *World Health Organization* (WHO) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a qual tem a finalidade de trazer conscientização para a melhora da segurança dos cuidados, além de buscar desenvolver políticas e estratégias na atenção à saúde (WHO, 2007). A Aliança lança, a cada dois anos, um novo Desafio Mundial para a Segurança do Paciente, dentre eles está o “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Por meio deste desafio, pretende-se reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS, incluindo o Brasil (WHO, 2009).

## **1.2 Formulação do problema**

Através da Portaria Ministerial nº 529, de 1º de abril de 2013, o Ministro de Estado da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP tem por finalidade contribuir para a melhora na qualificação do cuidado em saúde em todas as instituições de saúde do país. Sendo assim, os objetivos específicos do PNSP são:

I - promover e apoiar ações relacionadas à segurança do paciente através do estabelecimento da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente em todo o país;

II - incluir pacientes e familiares na implementação da segurança do paciente.

III - fazer com que os cidadãos obtenham informações acerca da segurança do paciente de maneira mais fácil;

IV - atuar na confecção, sistematização e transmissão de conhecimentos relacionados à segurança do paciente; e

V - promover a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

Somado a isso, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, determinou a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por parte da direção de todos os serviços de saúde do país. Os NSPs têm as funções de desenvolver medidas para uma efetiva gestão de risco no serviço de saúde, promover integração e articulação multiprofissional na instituição em que atuam, implantar Protocolos de Segurança do Paciente e acompanhar seus indicadores, além de instaurar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde, bem como, se necessário, notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013b).

Cada NSP deve elaborar um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) para a sua instituição. O PSP tem a finalidade de fixar estratégias e ações de gestão de risco em relação à identificação do paciente e implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde sobre higiene das mãos, segurança cirúrgica, promoção de ambiente seguro, entre outros. Além disso, deve abordar a prevenção de quedas dos pacientes, de feridas por pressão e de eventos adversos, entre outros pontos (BRASIL, 2013b).

Como forma de verificar o que está sendo feito na prática, após a publicação das legislações supracitadas, este trabalho buscou explorar parte do Plano de Segurança do Paciente de um hospital público de grande porte.

O hospital estudado fica localizado no Plano Piloto, em Brasília/DF. Caracteriza-se como público e geral, é integrante da rede sentinela e presta atendimento emergencial e ambulatorial de média e alta complexidade. Além disso, possui capacidade operacional de 363 leitos. Qualifica-se como referência nacional no que tange o atendimento às vítimas de queimaduras, lábio leporino, portadores de síndrome de down e cirurgia bariátrica.

Sendo assim, de acordo com a Portaria Ministerial nº 529 de 2013 que instituiu o Programa Nacional do Paciente e de acordo com a RDC 36/2013 a qual instituiu ações para a segurança do paciente em serviços da saúde, o hospital estudado criou o seu próprio NSP. Dentre os seus vários objetivos específicos, tem-se a

elaboração e o acompanhamento dos protocolos de segurança do paciente em sete áreas, as quais foram estruturadas em metas:

- 1ª - Identificar os pacientes corretamente;
- 2ª - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência;
- 3ª - Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- 4ª - Melhorar a segurança cirúrgica do paciente;
- 5ª - Reduzir o risco de infecções associadas à falta de higiene das mãos;
- 6ª - Reduzir o risco de lesões aos pacientes decorrentes de quedas;
- 7ª - Prevenção de lesão por pressão.

Cada uma delas contém pontos e objetivos particulares. Contudo, em relação a este trabalho, adotou-se a meta 4 para análise e acompanhamento. Diante de tal contexto, a pergunta deste trabalho é: Como o hospital público estudado pode atingir a meta 4 estabelecida pelo Governo?

### **1.3 Objetivo Geral**

Em face do contexto e do problema apresentados, o objetivo geral desta pesquisa é analisar meios para alcance de uma meta proposta pelo Governo para um hospital público.

### **1.4 Objetivos Específicos**

Com a finalidade de auxiliar no alcance do objetivo geral proposto, os objetivos específicos são:

- a) Analisar o estado atual da meta por meio de análise dos *checklists* e observação direta;
- b) Identificar as causas da baixa adesão ao *checklist* e do seu mau preenchimento caso a análise supracitada demonstre tal necessidade;
- c) Montar um plano de ação.

## 1.5 Justificativa

Os eventos adversos têm estimativa de ocorrência em 4 a 16% de todos os pacientes hospitalizados, sendo que mais de metade decorre dos cuidados cirúrgicos (WHO, 2009). O estudo dos eventos adversos cirúrgicos tem especial relevância pela sua frequência, porque não raro são atribuíveis a deficiências na atenção à saúde, pelo impacto considerável sobre a saúde dos pacientes, pela repercussão econômica e por constituir um instrumento de avaliação da qualidade da assistência (BRUCE et al., 2001).

Um estudo avaliou os eventos adversos cirúrgicos em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro. A incidência de pacientes que tiveram eventos adversos em cirurgias foi de 3,5%, contudo, a proporção de casos evitáveis foi de 68,3%. Além disso, mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexos e de baixo risco de ocorrer. Uma parte considerável dos eventos estava relacionada a não adesão à norma, ou seja, a falta de verificação ou de seguir o protocolo estabelecido. Segundo os autores da pesquisa, as principais áreas de atenção para a prevenção da recorrência de eventos adversos cirúrgicos identificadas foram educação e garantia da qualidade, sendo que ambas são coerentes com o não seguimento de protocolo (MENDES; MOURA, 2012).

Para evitar eventos adversos em cirurgias, especialistas da OMS prepararam um *checklist* cirúrgico composto por três fases, elas acontecem antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala cirúrgica (WHO, 2009). Atitudes básicas como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão a ser operado, disponibilidade e bom funcionamento dos materiais e equipamentos podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente (FERRAZ, 2009).

Dessa forma, o hospital estudado, como meio de alcançar a meta 4, estabelecida pelo Governo, desenvolveu duas metas específicas, quais sejam: aumentar a adesão ao *checklist* de cirurgia segura, formulado pela equipe do NSP juntamente com a equipe do Centro Cirúrgico, bem como melhorar a qualidade de seu preenchimento. O presente estudo tem por finalidade auxiliar no planejamento de tais metas específicas para que, dessa maneira, a meta 4 seja alcançada. Para isso,

utilizaram-se ferramentas da administração da qualidade, bem como a primeira etapa do PDCA, ou seja, o planejamento.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Nesta seção, abordam-se os principais conceitos relacionados à problemática da pesquisa, que fundamentam o seu desenvolvimento. Para tanto, primeiramente, são discutidas ideias acerca da Gestão da Saúde Pública do Brasil, principalmente as suas diretrizes e princípios. Em seguida, são levantados conceitos importantes relacionados à área de Gestão da Qualidade, bem como de suas principais ferramentas. Após isso, foi feita uma contextualização da Gestão da Qualidade em Saúde, a qual engloba temas como Segurança do Paciente e Cirurgia Segura.

### **2.1 Gestão da Saúde Pública no Brasil**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a organização hospitalar é parte integrante de um sistema coordenado de saúde que tem o objetivo de prestar à sociedade completo apoio no que tange a assistência preventiva e curativa (WHO, 2008). O Hospital é uma instituição que através de insumos humanos e de diversos materiais diagnóstica e trata pessoas necessitadas de assistência médica e de cuidados de uma equipe multidisciplinar (BEZERRA, 2002). Há, no país, 6.805 hospitais, sendo que 21% são municipais, outros 8% estaduais, 1% federais e, por fim, 70% privados (CNES, 2018).

Em 1988, a Constituição Federal brasileira instituiu o Sistema Único de Saúde. Dessa forma, determinou-se a integração de todos os serviços públicos de saúde existentes: previdenciários e de saúde pública, municipais, estaduais e federais. Antes disso, os serviços públicos de saúde no país estavam disseminados em estabelecimentos com diferentes tipos de vínculos: hospitais e laboratórios, redes ambulatoriais municipais, serviços especializados (exemplo: saúde mental e pronto-socorro), entre outros. Tal situação gerava filiações múltiplas, incluindo financiamento de fontes diversas, vários gerentes e regimes de trabalho diferentes. Sendo assim, estes conglomerados formavam uma estrutura pública dos serviços de saúde e não propriamente um sistema (ROCHA, 2005).

Sistemas integrados possuem maior competência para solucionar dificuldades e suprir as necessidades de saúde da população como um todo. Tal superioridade tem relação com a racionalidade gerada pela direção única, a qual comanda, dentro de uma mesma lógica, as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Dessa forma, gera-se um elevado desempenho ao conjunto, demonstrável, inclusive, por meio de indicadores do nível de saúde da população (ROCHA, 2005).

Define-se o SUS como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” Os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 que orientam a organização do SUS são: acesso universal e igualitário a ações serviços, integralidade de assistência e gratuidade. Além disso, existem outros princípios que orientam o SUS em todo o país, são eles: a hierarquização em atenção básica, média e alta, regionalização, descentralização e participação ativa da comunidade em relação à definição, controle e fiscalização da execução das políticas de saúde (BRASIL, 1988).

É interessante frisar que, no Brasil, a saúde é direito de todos e o Estado tem o dever de garantir, por meio de políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o SUS possibilita a todos os usuários, independentemente da posição socioeconômica, o direito de acessar os serviços e suprir as suas necessidades de forma integral (LUDWIG; BONILHA, 2003).

Uma das evoluções mais nítidas durante a primeira década de existência do SUS está relacionada ao processo de descentralização político-administrativa. Tal situação deve-se ao fato de que houve uma maior transferência de responsabilidades e de recursos para os níveis estaduais e municipais de governo devido às Normas Operacionais Básicas 1/93 e 1/96, geradas pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, o SUS fez com que os municípios obtivessem, gradativamente, novas atribuições relacionadas ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde dirigidos para a promoção da saúde e enfrentamento de possíveis riscos e agravos existentes em sua população (LAVRAS, 2011).

A Lei n. 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- a. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- b. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- c. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990a).

Sendo assim, no que se refere à gestão, a execução dos serviços é comandada e realizada pelos Municípios e Estados, sendo função da União as atividades de planejamento, acompanhamento, fiscalização e controle. O envolvimento da comunidade, por sua vez, é estabelecido por meio dos Conselhos de Saúde, organizados em todas as esferas de governo. A princípio, os Conselhos têm poder para planejar e fiscalizar as ações e serviços de saúde, de modo a contribuir para que os recursos da política de saúde alcancem maior eficiência na sua aplicação (LAVRAS, 2011).

O Sistema de Saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais, desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. As fontes são receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Além disso, há também o financiamento privado: gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores. Contudo, como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado (PAIM et al., 2011).

O SUS, portanto, dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população do que aquele previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos (PAIM et al., 2011). Sendo assim, é importante que os serviços de saúde busquem a racionalização da rede assistencial, sem deixar que as ações e os serviços sejam adequados às demandas dos cidadãos e aos problemas mais frequentes em cada região (FADEL et al., 2009).

Apesar do fato de o SUS ter grande relevância para o país como um todo, pouca atenção tem sido dada a ele por parte dos formuladores de políticas e pesquisadores. Nota-se que temas como desempenho hospitalar têm ficado a cargo das unidades individuais (FORGIA; COUTTOLENC, 2009). A ausência de política adequada para desenvolvimento da rede hospitalar e seu financiamento provoca a multiplicação de serviços e dificulta sua sustentação econômico-financeira. A modernização gerencial e administrativa dos seus serviços tem sido barrada pela baixa qualidade da regulação dos serviços de referência regional, a falta de metas de produção, qualidade e processos de avaliação (BITTAR; MENDES, 2014).

É necessário superar a dicotomia entre o subfinanciamento do sistema e suas falhas de gestão. Sem abordar um conjunto suficiente de problemas, detalhar melhor os cenários e as possibilidades concretas e planos viáveis para aperfeiçoá-lo, dificilmente se conseguirá verdadeiro progresso (BITTAR; MENDES, 2014). Os serviços hospitalares, principalmente aqueles de maior complexidade, necessitam realizar uma quantidade considerável de procedimentos para garantir a capacitação técnica e estrutural dos serviços, contudo, a qualidade dos atendimentos e o financiamento adequado ficam defasados pela baixa economia de escala (BITTAR; MENDES; MAGALHÃES, 2011).

## **2.2 Gestão da Qualidade**

Em meados dos anos 60, imperava os princípios tayloristas da divisão do trabalho e da alta produtividade. Em tal contexto, a gestão da qualidade restringia-se a inspeção do produto. Contudo, com o passar do tempo, houve um aumento considerável da competição pelos mercados, o que gerou padrões de qualidade bem mais elevados. Para lidar com a concorrência oriental, nos anos 80, a indústria ocidental passou por mudanças estruturais, principalmente com relação aos conceitos de qualidade e de sua gestão. Uma série de filosofias, metodologias e programas de qualidade foram surgindo desde então (CORRÊA; CORRÊA, 2017).

O conceito de qualidade é consideravelmente dinâmico porque ele envolve referenciais que se transformam com o passar dos anos. Relaciona-se com diversos

elementos com diferentes níveis de importância a serem considerados. Além disso, qualidade é um termo de domínio público: cada indivíduo possui a sua própria noção intuitiva do que é qualidade, sendo assim, é difícil delimitar seu significado com precisão. Contudo, o conceito mais aceito é o de adequação ao uso (PALADINI, 2012). Em outras palavras, uma boa definição de qualidade é a de conformidade com as expectativas dos clientes (SLACK; BRANDON-JONES; JOHNSTON, 2018).

A adequação ao uso é a considerada de maior relevância principalmente pelo fato de centrar a qualidade no consumidor. A gestão da qualidade passa a ter uma meta simples: focalizar toda a produção para o atendimento ao consumidor, inclusive levando em consideração os múltiplos itens que ele considere importantes. Tal ponto tem impacto estratégico sobre a organização: o consumidor pauta a sua escolha nas características que um produto ou serviço possuem e é função da empresa selecionar quais delas estarão presentes. As razões pelas quais um consumidor seleciona um produto mudam constantemente e, para que seja possível atendê-lo, é necessário fazer o acompanhamento das necessidades e preferências (PALADINI, 2012).

Ao avaliar o desempenho de um produto ou serviço, o cliente pode julgar as características mecânicas de um produto ou a utilidade de um serviço. Além disso, a adequação ao uso pode englobar aparência, estilo, durabilidade, confiabilidade, habilidade e utilidade. É possível usar como parâmetro para avaliar a qualidade do serviço de serviço médico a idade de seu equipamento ou o fato de ele utilizar uma nova tecnologia que reduza o desconforto relacionado às consultas, por exemplo (KRAJEWSKI; RITZMAN; MALHOTA, 2009).

A qualidade é construída desde o processo de produção, sendo assim, as ações de qualidade devem ocorrer simultaneamente à produção. Notou-se também que as ações de qualidade só seriam eficazes com a participação da força de trabalho como um todo (CORRÊA; CORRÊA, 2017). Para que um produto ou serviço seja adequado ao uso, todos os setores e pessoas ligadas a sua produção, direta ou indiretamente, devem ser responsabilizadas pela qualidade. Sendo assim, cria-se um elo entre as operações do processo e os objetivos básicos da organização (PALADINI, 2012).

Há uma observação importante em relação aos serviços: todo o seu desenvolvimento ocorre com contato direto entre o consumidor e o agente produtor. A qualidade requer o compromisso de quem pretende adotá-la de atender ao consumidor da melhor forma possível. Nesse contexto, avaliar um serviço implica medir atos, ações, esforços, empenho, dedicação e disposição. Quem mede não é o agente produtivo, como nos bens tangíveis, mas o receptor ou alvo ou beneficiário do serviço (PALADINI; BRIDI, 2013).

É interessante observar que experiências anteriores, nível de conhecimento e história pessoal afetarão as expectativas dos clientes. Note que a palavra usada não foi “necessidades” ou “desejos”, mas, sim, “expectativas”. O cliente fica satisfeito quando a sua experiência com determinado produto ou serviço for melhor do que o esperado por ele e, conseqüentemente, a qualidade é percebida como alta. Expectativas e percepções dos clientes podem estar baseadas em vários fatores, alguns fatores não podem ser gerenciados, mas outros podem (SLACK; BRANDON-JONES; JOHNSTON, 2018).

Quando um processo não consegue satisfazer um cliente, é considerado um defeito. De acordo com a Academia de Médicos Familiares da Califórnia, defeitos nos processos em uma clínica médica são definidos como algo que aconteceu no consultório de um médico que não deveria ter ocorrido e que ele não quer que ocorra novamente. É fácil observar que tal definição inclui falhas no processo que o paciente vê, como comunicação ineficiente e erros de dosagens na receita médica. Contudo, também inclui falhas que o paciente não vê, como o planejamento incorreto (KRAJEWSKI; RITZMAN; MALHOTA, 2009).

Especialistas apontam que, no longo prazo, qualidade é motivo que mais afeta o desempenho de uma organização em relação aos seus concorrentes. Melhorias na qualidade têm a capacidade de influenciar aspectos do desempenho da produção, o que torna possível a redução de custos devido à eficiência, elevação da produtividade e o melhor uso do capital. Além disso, o lucro pode ser maior devido a melhores vendas e melhores preços no mercado (SLACK; BRANDON-JONES; JOHNSTON, 2018).

Em relação aos serviços, a maneira mais comum de medir qualidade é fixar padrões de operação e de resultados para determinado serviço e, em seguida, verificar se tais padrões foram atingidos ou não. De maneira geral, o controle é baseado na comparação dos resultados que vão sendo obtidos ao longo do tempo. Contudo, no âmbito da qualidade, o controle inclui também ações que objetivam impor comportamentos para o processo de maneira que ele opere para alcançar os resultados. A maneira mais adequada de realizar tal tipo de controle é o monitoramento, o qual é baseado em um processo contínuo de acompanhamento do desenvolvimento do serviço e da sua prestação ao usuário (PALADINI; BRIDI, 2013).

Sendo assim, o planejamento da qualidade precisa tomar decisões importantes, exemplos: controlar ou não, o que controlar, quais características do produto ou do processo serão controladas, como controlar, quem deve controlar e quando controlar. Segundo Ishikawa, “noventa e cinco por cento dos problemas relacionados à qualidade podem ser resolvidos com o uso de sete ferramentas quantitativas básicas”. Ferramentas têm a finalidade de apoiar e auxiliar os gestores nas tomadas de decisões que terão o poder de solucionar problemas ou melhorar situações (CORRÊA; CORRÊA, 2017).

As sete ferramentas de solução de problemas propostas por Ishikawa possuem aplicabilidade para os mais diversos tipos de problema. Todas as pessoas da empresa são incentivadas a usá-las, cabendo à gerência a promoção de treinamentos. Contudo, é interessante manter pessoas que possuam conhecimento de técnicas mais elaboradas, caso problemas muito complexos surjam e fujam ao escopo das sete ferramentas. Além disso, uma coleta de dados de qualidade e uma boa representação são essenciais na solução de problemas. As sete ferramentas são: diagramas de processo, análise de Pareto, diagramas de causa e efeito, diagramas de correlação, histogramas, cartas de controle de processos e folhas de verificação (CORRÊA; CORRÊA, 2017).

## 2.3 Ferramentas da Qualidade

Devido ao grau de importância para o contexto da qualidade, serão explicadas, a seguir, as sete ferramentas de solução de problemas.

### 2.3.1 Diagrama de Processo ou Fluxograma

O fluxograma é uma representação gráfica de um processo, ou seja, é um gráfico universal que demonstra a sequência rotineira ou o fluxo de determinado trabalho, produto ou documento. O fluxograma é uma ferramenta simples, objetiva e que pode ser aplicada a qualquer sistema, desde os mais simples até os mais complexos. Através de sua utilização, é possível verificar como todos os componentes de um sistema funcionam na prática, além de auxiliar na localização de deficiências pela fácil visualização dos passos (LOBO, 2010).

Paralelamente, Seleme e Stadler (2012) afirmam que a ferramenta tem a finalidade de desenhar o fluxo de processos por meio de formas e setas. As principais contribuições são a padronização na representação dos procedimentos e a maior rapidez na descrição dos métodos, o que facilita a leitura e o entendimento do gestor, bem como auxilia na localização da informação e dos aspectos mais importantes a serem observados (SELEME, STADLER; 2012).

Para elaborar um fluxograma é necessário fazer um levantamento dos passos que envolvem o trabalho, passando desde o primeiro operador até o ponto final, incluindo, inclusive, os formulários envolvidos no processo (LOBO, 2010). Em geral, deve ser elaborado de cima para baixo e da esquerda para a direita. Cada operação deve ser numerada de forma sequencial, a fim de possibilitar a identificação de cada uma delas (SELEME, STADLER; 2012). Observa-se que tais diagramas devem demonstrar como as coisas são efetivamente realizadas e não como o chefe ou o manual da organização gostariam (LOBO, 2010).

### 2.3.2 Gráfico de Pareto

Vilfredo Pareto foi um economista italiano que dedicou alguns anos de sua vida para estudar a distribuição da riqueza em seu país. Ele conseguiu demonstrar que um pequeno número de pessoas detinha a maior parte da riqueza total. Anos depois, embasado nos estudos de Pareto, Juran enunciou o que ficou conhecido como Princípio de Pareto: quando certo efeito possui um grande número de causas, poucas dessas causas são responsáveis pela maior parte do efeito (NOGUEIRA, 1999).

Os estudos citados estabeleciam uma relação de 80/20, exemplo: de todos os valores depositados em bancos, 80% deles são de propriedade de apenas 20% dos clientes. Além disso, Juran classificou os problemas de qualidade em dois grupos: os poucos vitais e muitos triviais (SELEME, STADLER; 2012). A partir de tais entendimentos, define-se, em qualidade, que 80% dos efeitos derivam de 20% das causas. Sendo assim, é bem mais significativo um foco na melhoria dos procedimentos que correspondam a apenas 20% do que tentar modificar todo o processo (BARROS; BONAFINI, 2014).

A apresentação de dados na forma de um gráfico de Pareto melhora em muito a comunicação de informações, principalmente na hora de convencer a alta gerência quanto a fonte de um problema ou na hora buscar apoio a um curso de ação para solucionar um problema (JURAN; DeFEO, 2015). Para Douchy (1992), o gráfico de Pareto é um importante instrumento de análise: ele permite que todos os membros do grupo façam a mesma comparação das causas e decidam quais pontos priorizar.

Para montar o gráfico, deve-se primeiro identificar com clareza qual é o problema, ou seja, qual é o resultado indesejável que vem acontecendo. Em seguida, faz-se uma estratificação: divide-se o problema em camadas de problemas de origens diferentes. A identificação de tais origens pode ser feita por meio do Diagrama de Causa e Efeito, por exemplo, e é interessante que seja uma etapa participativa, em que várias pessoas da organização colaborem. Para não usar como base apenas opiniões próprias, é de suma importância coletar dados concretos para confirmar a importância e a frequência de cada item (CAMPOS, 1992).

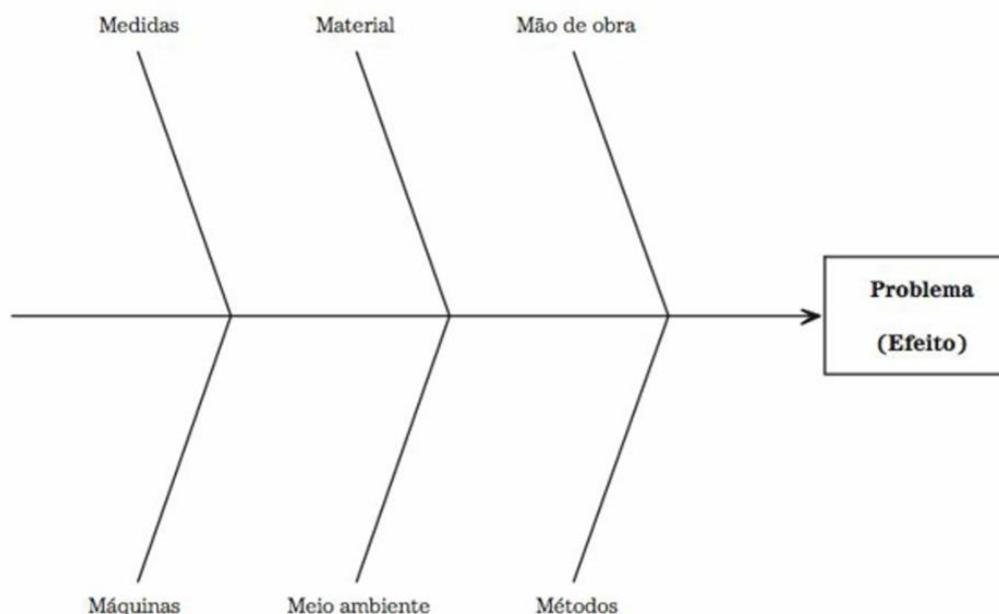
Por fim, há a etapa de priorização. Traça-se o Diagrama de Pareto, que é, basicamente, uma representação gráfica da estratificação. O Diagrama é composto por uma reta horizontal com as indicações de todas as causas em ordem decrescente e por uma reta vertical com a escala correspondente aos valores, os quais formam uma coluna para cada causa. Sendo assim, tal instrumento permite dividir um grande problema em um grande número de problemas menores, que são mais fáceis de serem resolvidos, possibilitando o estabelecimento de metas mais concretas e atingíveis (CAMPOS, 1992).

### 2.3.3 Diagramas de Causa e Efeito

Depois de identificar os problemas prioritários, é interessante analisá-los por meio de uma relação de causa e efeito. Para isso, o Diagrama de Causa e Efeito, também chamado de diagrama de Ishikawa, pode ser muito útil. Tal ferramenta possui o objetivo de identificar as relações entre causas e efeitos na busca de explicações e caminhos para resolver os problemas (efeitos) (RODRIGUES, 2011). O diagrama pode possuir seis categorias, também chamadas de 6 Ms. As categorias são utilizadas para separar as causas do problema em seis grupos: métodos, mão de obra, material, medida, meio ambiente e máquina (NOGUEIRA, 1999), conforme Figura 1.

Semelhantemente, Nogueira (1999) defende que o principal objetivo do Diagrama de Causa e Efeito é o de deixar claro, com vários níveis de detalhamento, quais são as causas que contribuem para o surgimento de certo efeito. Para facilitar o entendimento, pode-se tomar como exemplo o tratamento médico: não adianta combater apenas a febre (efeito), é necessário descobrir e combater a razão dela (causa). Além disso, é importante frisar que as categorias servem apenas para orientar e enriquecer o diagrama, nem sempre as causas vão se encaixar em alguma delas. (NOGUEIRA, 1999).

Figura 1 - Diagrama de Causa e Efeito



Fonte: RAMOS; ALMEIDA; ARAÚJO, 2013, p. 13.

De acordo com a Figura 1, o primeiro passo para elaborar o diagrama é definir o efeito, ou seja, a característica mensurável da qualidade, anotando-a à direita e traçando à esquerda uma grande seta direcionada para o efeito, a qual representa o tronco principal. Em seguida, separam-se as causas em suas respectivas categorias e traçam-se as ramificações apontando em direção ao tronco. É interessante que os fatores considerados causas secundárias sejam descritos em cada ramificação. Fatores ainda mais detalhados poderão ser descritos em ramificações menores e assim por diante. Dessa forma, o formato do diagrama fica parecido com uma espinha de peixe, por isso ele também pode ser chamado de Diagrama de Espinha de Peixe (DOUCHY, 1992).

As principais contribuições do diagrama são:

Ele é construído pelos intercâmbios entre os membros do grupo por ocasião de sua elaboração; ele ajuda a compreender melhor o processo de realização e todas as suas implicações; é um guia para a discussão; e, finalmente, ele permite encontrar rapidamente as causas e os inconvenientes que estas ocasionam (DOUCHY, 1992, p. 132).

### 2.3.4 Diagrama de Correlação

O diagrama de correlação, também chamado de diagrama de dispersão, é uma ferramenta que proporciona informações estatísticas e visuais para comprovar se duas variáveis têm relação entre si ou se elas são independentes (NOGUEIRA, 1999). Em outras palavras, Ramos (2013) afirma que ferramenta é utilizada quando há a necessidade de saber a relação linear entre um fator (causa) e a característica da qualidade (efeito), ou até mesmo entre os fatores encontrados no diagrama de Ishikawa relacionados a uma característica da qualidade. Contudo, é interessante frisar que uma correlação não prova uma relação de causa e efeito (MELLO; CAMARGO, 1998).

O diagrama é construído de maneira simples: o eixo horizontal deve representar os valores medidos de uma variável e o eixo vertical deve representar as medições da segunda variável. Há três resultados possíveis: correlação positiva, correlação negativa e sem correlação entre os eixos. No primeiro caso, o aumento de uma variável depende de um aumento da outra, já no segundo caso, um aumento em uma variável gera um decréscimo na outra, por fim, o último resultado possível indica que não existe uma relação linear bem definida entre as variáveis (LOBO, 2010). Em função do tipo de correlação, diferentes medidas podem ser usadas para assegurar a conformidade às exigências (DOUCHY, 1992).

### 2.3.5 Histograma

O histograma pode ser facilmente comparado a uma fotografia instantânea. Tal afirmação se dá pelo fato de que ele resume os dados de um processo apurados ao longo de determinado intervalo de tempo, e retrata a distribuição da frequência com eles aparecem por meio de um gráfico de barras. Em outras palavras, ele resume e apresenta de forma visual a distribuição de dados relacionados a certo processo (NOGUEIRA, 1999).

Paralelamente, Ramos (2013) defende que o histograma é a representação gráfica de uma distribuição de frequência. O gráfico é composto por uma base colocada no

eixo das abscissas, que equivale ao intervalo das classes, e pela altura no eixo das coordenadas, a qual corresponde à frequência absoluta ou relativa das classes (RAMOS, 2013). Ao analisar um histograma, podem-se obter informações importantes, como os padrões de variação, a amplitude dos valores, a existência ou não de picos, entre outros fatos que não poderiam ser constatados com apenas a observação da lista de dados (NOGUEIRA, 1999).

A construção do histograma requer alguns passos. O primeiro deles é a construção de uma tabela de frequência com as devidas indicações de classes e quantidades de ocorrências. Em seguida, constrói-se o histograma por meio da marcação no eixo das abscissas dos limites de cada classe considerada relevante e pela marcação das frequências correspondentes a cada classe no eixo das ordenadas. Por fim, montam-se retângulos com largura igual à largura de cada classe e comprimento proporcional à frequência da classe correspondente (RAMOS, 2013).

De maneira geral, os limites de especificação superior e inferior são escolhas do departamento de produção ou execução do serviço. Depois de feita tal definição, torna-se possível avaliar os dados (RAMOS, 2013). É interessante explicar que quanto mais espalhados os dados estiverem dentro do gráfico, mais variável o processo é. Sendo assim, o histograma deve estar centrado na média do processo. Caso tal situação não ocorra, ou seja, caso ele apresente variações consideráveis em relação à média, deve-se ajustar o processo. Na situação em que ocorra mais de um pico, por exemplo, é de suma importância buscar conhecer a causa para compreender e tratar o problema (GOZZI, 2015).

### 2.3.6 Gráfico de Controle de Processo

O gráfico de controle, chamado também de carta de controle ou carta de Shewhart, é utilizado para monitorar a variabilidade e avaliar a estabilidade de um processo. Para que tais atividades sejam feitas, monta-se um gráfico que represente uma característica da qualidade, a qual é medida ou calculada para uma quantidade de itens, em função do número de amostra ou variável de tempo (GOZZI, 2015). Para Mello e Camargo (1998), o gráfico de controle é um gráfico de acompanhamento

estatístico do processo e deve ser utilizado quando há a necessidade de determinar se o processo está sob controle estatístico.

Para colocar um processo sob controle, é necessário analisar todos os desvios significativos de comportamento que venham a ocorrer ao mesmo tempo, identificar suas causas e resolvê-las sempre que possível (GOZZI, 2015). Sendo assim, deve-se entender que a flutuação dos pontos, dentro dos limites de controle, é natural do processo (causas comuns), é intrínseca ao processo e somente pode ser alterada por uma mudança do próprio processo. Os pontos eventualmente fora dos limites indicam causas especiais (erro humano, acidentes etc.) (MELLO; CAMARGO, 1998).

Há dois tipos de gráficos de controle: por variáveis e por atributos. Tem-se um gráfico por variáveis quando as amostras são expressas em unidades quantitativas de medida. Por atributos, por sua vez, ocorre quando as amostras refletem características qualitativas (MELLO; CAMARGO, 1998).

### 2.3.7 Folhas de Verificação

A folha de verificação, também chamada de *checklist* ou folha de checagem, é, basicamente, um roteiro, uma grade ou uma planilha para a coleta de dados de forma organizada (MASIERO, 2012). A sua função é a de garantir que o ganho obtido pela aplicação das seis outras ferramentas não seja perdido ou esquecido depois que os problemas forem resolvidos e deixarem de ocupar as atenções da operação (CORRÊA; CORRÊA, 2017).

É interessante entender que a lista de verificação também pode ser usada quando é necessário colher dados para se verificar com que frequência certos eventos acontecem num determinado período de tempo (MELLO; CAMARGO, 1998). Semelhantemente, Rodrigues (2011) define a lista de verificação como uma tabela que tem a finalidade de tabular o resultado da medição dos dados de uma amostra. Depois de tabulados, os dados podem ser processados e analisados, dessa forma, torna-se possível identificar qual é, de fato, o desempenho do processo (RODRIGUES, 2011).

A folha de verificação deve conter, de forma simples, objetiva e clara, o procedimento correto a ser seguido e as verificações que deverão ser feitas no processo para evitar a recorrência dos problemas (CORRÊA; CORRÊA, 2017). Lobo (2010) a qualifica como um impresso no qual os itens a serem verificados já estão dispostos de tal forma que os dados possam ser coletados fácil e concisamente.

Segundo Deming, o motivo primordial para a baixa qualidade, tanto em produtos quanto em serviços, é a falta de respeito aos padrões criteriosamente definidos. Em outras palavras, homogeneizar o fluxo de trabalho é de suma importância para a melhora na qualidade. Além disso, Deming também afirmou que é responsabilidade da alta administração buscar a melhorar a qualidade e que os trabalhadores precisam ser treinados para utilizar as ferramentas para a solução de problemas (MASIERO, 2012).

O uso das listas e verificação facilita a utilização consistente por pessoas diferentes, diminui a margem de erros, assegura que os dados importantes sejam coletados e uniformiza o sistema de registros. Para montá-la de maneira correta, é necessário primeiro delimitar bem o evento que será analisado, em seguida, determinar qual será o período de coleta, montar um formulário claro, fácil e com o espaço necessário para o lançamento dos dados. Por fim, é importante verificar se realmente haverá tempo para a coleta de dados (LOBO, 2010).

Em 2001, Peter Pronovost, especialista em casos críticos do Hospital Johns Hopkins, conseguiu diminuir o número de pacientes infectados devido ao uso do cateter venoso central. Segundo o especialista, estudiosos do tema defendem 5 etapas que se seguidas pela equipe médica, podem reduzir as chances de tais infecções acontecerem. Sendo assim, Pronovost pediu que enfermeiros verificassem se as 5 etapas eram, de fato, colocadas em prática pelos médicos. Constatou-se que, em pelo menos um terço do tempo, uma ou mais etapas não eram feitas. Em seguida, os enfermeiros receberam a autorização para alertar os que não cumpriam alguma delas. A utilização dessa simples regra estilo *checklist* reduziu a taxa de infecção de 11% para zero em apenas dez dias (SLACK; BRANDON-JONES; JOHNSTON, 2018).

O Dr. Gawande, também do Hospital Johns Hopkins, descreve o *checklist* como um mecanismo que pode ajudar a evitar que pessoas experientes cometam erros devido à falha de memória ou de atenção e a assegurar que as equipes trabalhem em conjunto. O método simples de *checklist* ajudou a reduzir pela metade o tempo médio de internação dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, quando a técnica de Pronovost foi adotada por outros hospitais, em 18 meses, 1.500 vidas e U\$175 milhões foram poupados (SLACK; BRANDON-JONES; JOHNSTON, 2018).

## 2.4 Ciclo PDCA

Embora não seja considerado pela maioria dos autores como uma das ferramentas da qualidade, o ciclo PDCA não poderia deixar de ser mencionado. Ele é fundamental para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipe (BURMESTER, 2013). Pode-se utilizá-lo em qualquer nível de atividade dentro das organizações, desde processos assistenciais até atividades estratégicas. O seu uso é incentivado em organizações que trabalham com programas de qualidade, como acreditação e certificação (LUONGO, 2011).

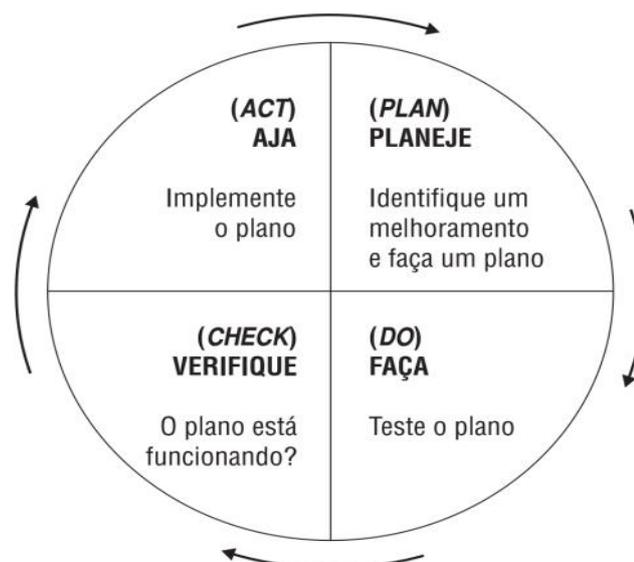
Gerenciar é estabelecer metas e ter um plano de ação para atingi-las. Uma das formas de atingir metas é por meio do método PDCA, que é um método de controle de processos, ou seja, um “método de se atingir metas”, ou ainda, um “método de análise e solução de problemas” (CAMPOS, 2004). Quando uma organização altera as suas próprias metas, projetando níveis mais altos de qualidade, é como se ela estivesse “criando problemas”, sendo assim, usar o PDCA para solucionar problemas genéricos ou para atingir metas de melhoria é, essencialmente, o mesmo método, o nome varia apenas em função da razão que levou à sua utilização (NOGUEIRA, 1999).

Segundo Giansesi (2012), na abordagem PDCA, o primeiro estágio é o de planejamento da meta, passando, em seguida, para os estágios de implementação, avaliação e, por último, decisão sobre a ação a ser realizada a partir dos resultados obtidos. O processo deve ser contínuo e continuado, sendo representado por um

círculo, o qual deve ser percorrido no sentido horário, conforme a figura 1. Paralelamente, segundo Aguiar (2006), o PDCA é formado por quatro etapas:

- a. Planejamento: define-se, após um estudo aprofundado, a meta de interesse. Além disso, os planos de ação necessários para o alcance da meta são definidos detalhadamente.
- b. Execução: as pessoas são devidamente treinadas para realizarem a execução dos planos de ação. Em seguida, os planos são implementados e os dados relativos à meta são coletados.
- c. Verificação: os dados coletados na fase anterior são devidamente analisados e é feita uma avaliação dos resultados obtidos em relação ao alcance de metas.
- d. Ação: a ação a ser realizada depende dos resultados obtidos. Caso a meta tenha sido alcançada, são estabelecidos os meios de manter os resultados obtidos. Contudo, caso a meta não tenha sido alcançada, um novo giro do PDCA deve ser iniciado com a finalidade de levar o processo a obter resultados que eliminem a lacuna entre o valor da meta e o resultado alcançado com a implementação do plano de ação.

Figura 2 - Ciclo PDCA



Fonte: CORRÊA; CORRÊA, 2017, p. 164.

É interessante notar que as três primeiras fases já são utilizadas em outros processos mais tradicionais de solução de problemas. Contudo, a última fase é diferenciada, pois ela pode gerar diferentes encaminhamentos. Caso a melhoria não tenha tido sucesso, será necessário alterar o processo novamente. Caso a melhoria seja constatada, o novo processo deve ser fixado, ou seja, deve ser documentado e padronizado para garantir que os ganhos sejam mantidos e não caiam em desuso ao longo do tempo (GIANESI, 2012).

Cada meta deve constituir um plano de ação. É possível que haja a necessidade de serem realizadas várias tentativas até que uma meta seja totalmente alcançada. Nesse sentido, cada tentativa é um giro do PDCA com novo plano de ação. Cada giro pode ter diferentes durações, tal fato está ligado à análise necessária para o estabelecimento de um novo plano de ação, a qual pode precisar ser mais profunda ou mais extensa (CAMPOS, 2004).

Todas as operações, não importando quão bem gerenciadas sejam, podem sempre ser melhoradas. Um elemento importante em algumas abordagens de melhoramento é o uso de um processo literalmente interminável de questionamento e requestionamento das etapas de um processo ou atividade. Esse questionamento repetido e cíclico é, de maneira geral, resumido na ideia de ciclo de melhoramento, sendo mais comumente utilizado o ciclo PDCA como solução. Quase todos os programas de melhoramento terão algum tipo de meta ou alvo a serem atingidos (SLACK; BRANDON-JONES; JOHNSTON, 2018).

Há duas maneiras de se atingir metas de melhoria utilizando-se o PDCA. A primeira maneira é projetar um novo processo para se atingir a meta desejada ou fazer-se modificações consideráveis nos processos já existentes. Este caso geralmente conduz a grandes avanços, bem como a novos investimentos. A segunda maneira é fazer sucessivas modificações nos processos existentes, o que geralmente gera ganhos sucessivos obtidos sem investimento (CAMPOS, 2004).

### 2.4.1 Planejar

A primeira fase do PDCA, ou seja, do planejamento pode ser dividida em quatro partes: identificação do problema, análise do fenômeno, análise do processo e plano de ação. O primeiro passo é identificar com clareza qual é o problema, pois só assim será possível determinar de maneira efetiva quais medidas deverão ser tomadas. É importante lembrar que a tendência ao tentar entender o porquê dos resultados indesejáveis é confundir meios com os fins, ou seja, associar os problemas a respostas simplistas, como falta de pessoal, falta de verba, falta de equipamento, etc. Tais pontos podem ser eventuais causas de problemas, mas o objetivo do processo não é acumular verbas, pessoal, ou equipamento e, sim, obter um produto ou serviço de qualidade (NOGUEIRA, 1999).

O segundo passo é analisar o fenômeno, ou seja, aumentar o conhecimento do problema. Deve-se observá-lo a partir de vários ângulos e estratificá-lo de acordo com o conhecimento técnico sobre situações relacionadas a ele. Em seguida, escolhem-se quais pontos devem ser priorizados em relação aos seus tratamentos, para isso, podem-se tomar por base diversos quesitos como nível de ocorrência de defeitos, custos gerados, entre outros (AGUIAR, 2006).

A terceira parte é analisar o processo. Para isso, busca-se encontrar as causas geradoras do problema relacionado com a meta específica que está sendo trabalhada (AGUIAR). Uma boa forma de fazer tal investigação é o diagrama de causa e efeito, utilizando as pessoas que trabalham na organização. Por fim, o último passo é traçar o plano de ação, o qual deve bloquear as causas fundamentais do problema (NOGUEIRA, 1999).

## 2.5 Qualidade em saúde

Segundo Luongo (2011) que a ideia de qualidade sempre esteve intrínseca às atividades de organizações de saúde, principalmente pelo fato de que, historicamente, tais organizações focaram os seus serviços em prevenção, promoção e reabilitação dos indivíduos. Para Possolli (2017), é interessante notar

que a qualidade em saúde, hoje, também está ligada a outros pontos importantes, como cidadania, direitos humanos, princípios de excelência e satisfação dos clientes.

A qualidade em saúde é uma estratégia administrativa para otimizar processos, aumentar a segurança do cuidado e potencializar os resultados de uma organização. (NASCIMENTO, 2017). Para garantir que ela seja colocada em prática, há a necessidade de recursos materiais apropriados, quantidade suficiente e capaz de recursos humanos, planejamento, controle, inspeção e apreciação das atividades realizadas (LUONGO, 2011).

De maneira geral, a gestão da qualidade é facilitada por meio da fixação de padrões, os quais, geralmente, são embasados em modelos já determinados de excelência. O mesmo entendimento deve ser aplicado a um hospital, contudo é de suma importância entender que tais padrões podem ser flexibilizados devido ao contexto intrínseco da organização hospitalar: cada paciente possui necessidades individuais. Sendo assim, para que o gerenciamento focado nas necessidades individuais funcione, todos os integrantes da equipe precisam estar comprometidos (NASCIMENTO, 2017).

As organizações de saúde podem utilizar diferentes instrumentos para a gestão de qualidade com a finalidade de alcançar melhorias em seus processos. Tais instrumentos podem ser divididos em dois grandes grupos de gerenciamento (NASCIMENTO, 2017). O primeiro são os modelos de avaliação externa: relaciona-se à acreditação hospitalar, ao Prêmio Nacional de Qualidade e às normas da *International Organization for Standardization (ISO)*. O segundo são os instrumentos de avaliação interna, os quais são desenvolvidos pelas pessoas diretamente relacionadas à instituição, visto que elas têm mais facilidade em identificar pontos de fragilidade dos processos por meio do uso de ferramentas de gestão da qualidade, em sua maioria representados pelo ciclo PDCA.

Para entender a presença da qualidade nos serviços de saúde, é fundamental mencionar um teórico da qualidade chamado Donabedian. Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi o primeiro a estudar e a publicar sobre qualidade hospitalar. Ele estabeleceu sete pilares para a avaliação da qualidade em saúde, cujo objetivo é o de direcionar o trabalho do administrador,

assegurando que a execução dos trabalhos esteja alinhada à garantia da qualidade (RODRIGUES, 2011).

Os sete pilares da Qualidade em Saúde são:

- a. Eficácia: capacidade de oferecer um serviço exemplar com o objetivo de melhorar as condições de saúde e o bem-estar do usuário;
- b. Efetividade: efeito alcançado no contexto existente;
- c. Eficiência: oferecer o máximo de cuidado efetivo com o menor custo possível;
- d. Otimização: relação de custo e benefícios mais favorável, ou seja, o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico;
- e. Aceitabilidade: adaptação dos cuidados em relação às preferências e expectativas do usuário;
- f. Legitimidade: conformidade com as preferências sociais;
- g. Equidade: igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde (DONABEDIAN, 1990).

A maneira correta de saber se os serviços de saúde realmente possuem qualidade é por meio da análise de indicadores (MEZOMO, 1995). Nesse sentido, Donabedian ainda forneceu outra contribuição significativa: a tríade donabediana, a qual divide as medidas de qualidade em três dimensões. A primeira dimensão é referente à estrutura, ou seja, como o cuidado é organizado e quais são recursos disponíveis. A segunda, por sua vez, refere-se ao processo: o que foi feito de fato e como os recursos foram utilizados. Por fim, a terceira é relacionada aos resultados, em outras palavras, o que aconteceu com o paciente e a satisfação com o trabalho da organização (DONABEDIAN, 1990b).

No setor da saúde, tem sido comum organizações utilizarem como indicadores e metas posições apresentadas por órgãos reguladores ou entidades de classe (RODRIGUES, 2011). Nesse sentido, é necessário entender que a validade dos indicadores pressupõe uma administração capacitada, totalmente comprometida com o processo de mudança e de melhoria, além de uma liderança que forneça condições de envolver todas as pessoas em torno desse objetivo. Exemplos de indicadores de saúde: efetividade, eficiência, adequação, aceitação, continuidade, acessibilidade, segurança, entre outros (MEZOMO, 1995).

Em 2011, o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos publicou um importante relatório chamado de *Crossing the Quality Chasm* ou, em português, Cruzando o Abismo da Qualidade. Em tal relatório, definiram-se seis dimensões para um sistema de saúde de qualidade, os quais são: segurança do paciente, centralidade no paciente, eficácia, eficiência, oportunidade e equipe. É interessante frisar que segurança foi apresentada como uma das seis dimensões, dessa forma, entende-se que ela é um subconjunto da qualidade (WACHTER, 2013).

### 2.5.1 Segurança do paciente

O movimento em prol da segurança do paciente ganhou notoriedade após a publicação de estudos que mostraram os custos sociais e econômicos decorrentes de eventos adversos no final da década de 1990. Um deles foi o relatório lançado pelo IOM chamado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (GRAZZIANO, 2016). Segundo essa publicação, houve uma taxa de 3,7% de incidência de eventos adversos em hospitais de Nova York no ano de 1984. Somado a isso, um milhão de danos e quase 100 mil mortes ocorrem todos os anos nos EUA devido a eventos adversos (GONZALO; MALIK, 2018).

Em relação ao Brasil, um dos marcos da discussão relacionada à segurança do paciente foi o estudo realizado por Mendes et al. (2005) em três hospitais do Rio de Janeiro. Constatou-se que 7,6% dos pacientes tiveram eventos adversos, ou seja, uma incidência de 0,8 evento adverso por 100 pacientes por dia. Desses eventos, 66,7% foram considerados como passíveis de serem evitados. Além disso, os eventos adversos cirúrgicos foram os de maior frequência: 35,2% (MENDES et al., 2005). Ainda segundo o mesmo autor, evento adverso é lesão ou dano não intencional que pode gerar incapacidade ou disfunção, permanente ou não, e/ ou prolongamento da internação ou morte como consequência do cuidado, e não pela evolução natural da doença de base.

Após a repercussão do relatório da IOM, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou uma série de medidas com o intuito de transformar tal cenário. Uma delas foi a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que é, basicamente, a

união de chefes de agências, formuladores de políticas públicas e grupos de pacientes, cujo objetivo é o de impulsionar esforços globais para o fortalecimento da segurança da assistência à saúde em todos os países membros da OMS (GRAZZIANO, 2016).

A Aliança, de forma mais detalhada, busca beneficiar normas e práticas de segurança do paciente com a finalidade de conscientizar e despertar o comprometimento político para a melhoria da segurança da assistência. Além disso, ela apoia os países membros da OMS no desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à temática (GRAZZIANO, 2016). Sendo assim, foram estabelecidas 6 metas mundiais: identificação correta do paciente, comunicação efetiva, segurança do processo medicamentoso, cirurgia segura, redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e prevenção de quedas.

Primeiramente, a Aliança identificou como prioridade o combate à infecção nosocomial, dessa forma, lançou, em 2005, o primeiro desafio global: Cuidado Limpo, Cuidado Seguro. Por meio de tal desafio, buscou-se reduzir o número de infecções vinculadas à assistência à saúde baseada na higienização das mãos. (WHO, 2005). Em 2007, um segundo desafio foi lançado, o Cirurgia Segura Salva Vidas, cujo objetivo é o de melhorar os padrões de qualidade em serviços cirúrgicos por todo o mundo, abrangendo prevenção de infecção do sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores de assistência cirúrgica (WHO, 2009).

No Brasil, as primeiras atitudes visando à melhoria da segurança do paciente na assistência à saúde começaram a ser colocadas em prática em meados do século XXI. Entre elas, enfatiza-se a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (GRAZZIANO, 2016). O PNSP foi criado em 2013, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril, e tem o objetivo geral de colaborar para a qualificação do cuidado em todas as instituições de saúde do Brasil, bem como estabelecer mecanismos de implementação do programa (BRASIL, 2013a).

Dentre as estratégias de implementação do Programa, tem-se a confecção e auxílio na implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente,

inserção de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente para a contratualização e avaliação de serviços. Além disso, promoção da cultura de segurança, implementação de sistemática de vigilância, monitoramento de incidentes, entre outros pontos (BRASIL, 2013a).

Somado a isso, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, determinou a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por parte da direção de todos os serviços de saúde do país. Entende-se por serviços de saúde as instituições públicas, privadas, filantrópicas, civis ou militares, incluindo as que têm ações de ensino e pesquisa. Nesse sentido, excetuam-se os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar (BRASIL, 2013b).

Os NSPs têm as funções de desenvolver medidas para uma efetiva gestão de risco no serviço de saúde, promover integração e articulação multiprofissional na instituição em que atua, implantar Protocolos de Segurança do Paciente e acompanhar seus indicadores, além de instaurar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde. Somado a isso, cabe aos NSPs analisar e avaliar dados referentes a incidentes e eventos adversos da prestação do serviço em saúde, bem como, se necessário, notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2014).

Cada NSP deve elaborar um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) para a sua instituição. O PSP tem a finalidade de fixar estratégias e ações de gestão de risco em relação à identificação do paciente, implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, etc. As seis metas mundiais foram priorizadas, sendo transformadas em seis protocolos, além disso, mais um foi acrescentado pelo Governo brasileiro: redução de lesões por pressão. Além da elaboração, é necessário implantar, divulgar e acompanhar as ações relacionadas ao Plano (BRASIL, 2013c).

## 2.5.2 Cirurgia segura

Cirurgia é um dos serviços mais complexos e mais caros prestados pelos sistemas de saúde (OMS, 2008). O volume anual de cirurgias de grande porte está entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, em média, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano. As técnicas cirúrgicas foram consideravelmente aprimoradas nas últimas décadas, o que aumentou as oportunidades de tratamento de casos complexos. No entanto, esses avanços também elevaram, consideravelmente, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente (ZEGERS et al., 2011).

Um estudo avaliou os eventos adversos cirúrgicos em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro. A incidência de pacientes que tiveram EAs cirúrgicos foi de 3,5% (38 de 1.103 pacientes), contudo, a proporção de casos evitáveis foi de 68,3% (28 de 41 eventos). É interessante destacar que mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexo e de baixo risco de ocorrer. Além disso, uma parte considerável dos eventos estava relacionada a não adesão à norma, ou seja, a falta de verificação ou de seguir o protocolo estabelecido (31%) (MENDES; MOURA, 2012).

Médicos revisores avaliaram, no momento da alta, o grau de dano físico dos pacientes com EA cirúrgico: nenhum dano ou incapacidade física em 23 (56,1%); danos mínimos e/ou com recuperação em um mês em 5 (12,2%), e danos permanentes em 9 (21,9%), dos quais 7 (17,1%) foram óbitos. Segundo os autores, as principais áreas de atenção para a prevenção da recorrência do EA cirúrgico identificadas foram educação e garantia da qualidade, sendo que ambas são coerentes com o não seguimento de protocolo (MENDES; MOURA, 2012).

Para evitar EAs em cirurgias, especialistas da OMS prepararam um *checklist* cirúrgico composto por três fases, são elas: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe na sala de cirurgia) e Registro (antes de o paciente sair da sala cirúrgica) (OMS, 2009). Atitudes básicas como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento

dos materiais e equipamentos podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente (FERRAZ, 2009).

A lista de verificação de segurança cirúrgica, também chamada de *checklist* da cirurgia segura, foi uma das estratégias do Plano Nacional de Segurança do Paciente. Além de ser considerada como um procedimento relativamente simples, ela representa uma promissora estratégia para a redução de danos relacionados a procedimentos cirúrgicos em todo o mundo. Contudo, sua implantação exige o engajamento e o esforço coletivo de todas as equipes da instituição e deve possuir o apoio fundamental dos gestores (GRAZZIANO, 2016).

Estudos têm comprovado sua eficácia, pode-se citar como exemplo uma pesquisa feita em oito hospitais de diferentes países, localizações e estruturas socioeconômicas, nos seguintes locais: Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Jordânia, Tanzânia, Índia, Filipinas e Nova Zelândia. Por meio de tal estudo, observou-se que a taxa de complicações maiores caiu de 11% para 7% e a mortalidade perioperatória em cirurgia de grande porte de 1,5% a 0,8% (HAYNES et al., 2009).

## **2.6 Manual do *checklist* cirúrgico da OMS**

Visando auxiliar às equipes cirúrgicas na prevenção de eventos adversos, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e diversos profissionais da área de saúde identificaram uma série de verificações de segurança realizáveis em qualquer sala de operação. Em seguida, montou-se a Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica da OMS, a qual possui a finalidade de reforçar as práticas de segurança aceitar, além de promover uma melhor educação e o trabalho de equipe entre as disciplinas médicas (OMS, 2009).

Complementarmente, a OMS criou um manual de utilização da Lista de Verificação. O objetivo do manual é o de ajudar a assegurar que as equipes sigam de maneira consistente algumas etapas de segurança críticas e, portanto, os riscos aos pacientes cirúrgicos sejam realmente minimizados. Um dos primeiros pontos sugeridos pelo manual é o de estabelecer uma pessoa para ser a responsável por

verificar os quadros da lista. Ele é chamado de coordenador da Lista de Verificação e geralmente é um profissional de enfermagem, mas pode ser qualquer médico ou profissional de saúde participante da cirurgia (OMS, 2009). A seguir estão descritas as etapas e sugestões fornecidas no manual da OMS.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases. A primeira fase é o período anterior à indução anestésica (Entrada), o segundo período acontece após a indução e antes da incisão cirúrgica (Pausa cirúrgica) e o último período, por fim, acontece durante ou imediatamente após o fechamento da ferida, mas é anterior à remoção do paciente da sala de operação (Saída). Em cada fase, o coordenador da Lista de Verificação deve confirmar se a equipe completou suas tarefas antes que esta prossiga adiante.

Segundo o manual, uma boa parte das etapas é checada de maneira verbal quanto a sua concretização ou não com as pessoas determinadas para cada ação-chave. Sendo assim, no momento da “Entrada”, ou seja, antes da indução anestésica (figura 3), o coordenador da Lista deve revisar verbalmente com o paciente, quando há condições, se sua identificação foi confirmada, se o procedimento e local da operação estão corretos e se o consentimento para cirurgia foi assinado. Em seguida, deve-se verificar visualmente, caso se aplique, se o sítio cirúrgico foi devidamente demarcado e se o oxímetro de pulso está no paciente e funcionando. Além disso, coordenador também revisará verbalmente com o anestesiológico o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas e reação alérgica.

No segundo momento, chamado de Pausa Cirúrgica (figura 4), é sugerido pelo manual que todos os membros da equipe devem se apresentar pelo nome e função. Caso eles já tenham passado boa parte do dia de cirurgias juntos, a equipe pode apenas confirmar se todos na sala se conhecem. É necessário que haja uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para confirmar em voz alta qual é a cirurgia certa e se é o paciente certo, com o sítio cirúrgico certo e então, verbalmente, revisará uns com os outros, os elementos críticos de seus planejamentos para a cirurgia. Em seguida, deve-se verificar quais antimicrobianos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos, bem como se as imagens essenciais estão à mostra.

Figura 3 – Checklist da OMS: Entrada

IDENTIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO
<input type="checkbox"/>	SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/>	VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
<input type="checkbox"/>	OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO
O PACIENTE POSSUI:	
ALERGIA CONHECIDA?	
<input type="checkbox"/>	NÃO
<input type="checkbox"/>	SIM
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?	
<input type="checkbox"/>	NÃO
<input type="checkbox"/>	SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?	
<input type="checkbox"/>	NÃO
<input type="checkbox"/>	SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

Fonte: Manual do *checklist* cirúrgico da OMS.

Figura 4 – Checklist da OMS: Pausa Cirúrgica

CONFIRMAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
<input type="checkbox"/>	CRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS	
<input type="checkbox"/>	REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?
<input type="checkbox"/>	REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
<input type="checkbox"/>	REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	
<input type="checkbox"/>	SIM
<input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?	
<input type="checkbox"/>	SIM
<input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA

Fonte: Manual do *checklist* cirúrgico da OMS.

O último bloco de atividades de verificação corresponde ao momento de “Saída” e está representado na figura 5. Aqui, a equipe revisará em conjunto a cirurgia realizada, a conclusão da contagem de compressas, instrumentais e a identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida. Além disso, deve relatar se ocorreu qualquer

problema relacionado ao mau funcionamento de equipamentos ou outras questões que necessitem ser resolvidas. Por fim, a equipe deve revisar planos-chave e preocupações a respeito da abordagem pós-operatória e da recuperação antes de retirar o paciente da sala de operação.

O manual orienta que é necessário que cada organização adapte a Lista de Verificação da OMS para a sua realidade. Além disso, a implementação será bem sucedida se houver um verdadeiro comprometimento dos líderes nos hospitais. Os chefes dos departamentos de cirurgia, anestesiologia e de enfermagem devem adotar publicamente a crença de que a segurança é uma prioridade e que o uso da Lista de Verificação pode realmente criar um ambiente seguro. Para demonstrar isso, eles devem usá-la em seus próprios casos e perguntar regularmente aos outros como a implementação está ocorrendo. Com educação, prática e liderança, as barreiras para a implementação podem ser superadas. O cumprimento efetivo de todas as etapas descritas tem a capacidade de inspirar mudanças concretas.

Figura 5 – Checklist da OMS: Saída

REGISTRO	
O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:	
<input type="checkbox"/>	REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input type="checkbox"/>	SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/>	COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
<input type="checkbox"/>	SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
<input type="checkbox"/>	O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)
Assinatura _____	

Fonte: Manual do *checklist* cirúrgico da OMS.

## 2.7 Lista de Verificação do Hospital estudado

Seguindo a orientação do manual de utilização da Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica da OMS, o hospital alvo do presente estudo, por meio de seu Núcleo de Segurança e dos profissionais do Centro Cirúrgico, criou um modelo de Lista de Verificação adaptado à realidade dele. O modelo inicial já foi adaptado novamente outras vezes, a última revisão foi realizada em 2017, configurando-se como a sétima versão criada, o qual está nos anexos.

Para um melhor entendimento dos resultados da pesquisa, é interessante explicá-lo de forma um pouco mais detalhada. Primeiramente, o *checklist*, como a organização prefere chamar, possui quatro blocos de preenchimento, os quais devem ser feitos em momentos diferentes.

Em tese, uma parte considerável do o primeiro bloco (figura 6) é preenchida durante internação do paciente, ou seja, antes da ida dele para o Centro Cirúrgico. É responsabilidade do enfermeiro da internação preencher os itens desde o nome do paciente até o horário de encaminhamento para o bloco cirúrgico. O espaço da assinatura deve ser completado pela pessoa que levou o paciente da internação para o Centro Cirúrgico. O final, correspondente aos pontos 3 e 4, deve ser feito pelos enfermeiros que recebem o paciente na sala pré-operatória.

Figura 6 - Bloco I do *Checklist* do Hospital estudado

		GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		<b>CHECK LIST CIRURGIA SEGURA</b>		REVISÃO: 7ª DATA: 08/03/2017	
PACIENTE						DATA NASCIMENTO	
Nº SES		CIRURGIA/PROCEDIMENTO			LEITO		
1.CHEGAGEM PREPARO ANTES ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE C.C		JEJUM A PARTIR DAS _____ HORAS DO DIA ____/____/____		DATA	____/____/____		
2.ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA BLOCO CIRURGICO ÀS _____ HORAS		ASSINATURA RESPONSÁVEL: _____					
3.CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO C.C.		<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE ADORNOS E PROTESES <input type="checkbox"/> EXAMES COMPLEMENTARES (IMAGENS) <input type="checkbox"/> NÃO					
4.REGISTRO DO TRANS OPERATÓRIO		CHEGADA do paciente ao C.C às _____ H. ENCAMINHAMENTO do paciente para a sala às _____ H. Nº SALA _____					

Fonte: fornecido pelo hospital estudado.

Os próximos três blocos, de forma geral, são coordenados pelo circulante, que é o enfermeiro ou técnico de enfermagem que organiza toda a sala de operação. O segundo momento de conferência de itens corresponde à primeira pausa da Lista de

Verificação da OMS, a “Entrada”, antes da indução anestésica (figura 7). Neste momento, em voz alta, pontos importantes devem ser conferidos, como: identificação do paciente, termo de consentimento, qual procedimento será realizado, marcação do sítio e da lateralidade (se for o caso), presença ou não de alergia, confirmação de equipamentos, entre outros.

Figura 7 - Bloco II do *Checklist* do Hospital estudado

CHECK IN- ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
<input type="checkbox"/>	CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE
<input type="checkbox"/>	CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/>	PROCEDIMENTO _____
<input type="checkbox"/>	SÍTIO DEMARCADO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA (NA)
	LATERALIDADE <input type="checkbox"/> DIRETA <input type="checkbox"/> ESQUERDA <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	COM EXAMES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
	RESERVA DE SANGUE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
	ALERGIA _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	CHECAGEM EQUIPAMENTOS ANESTESIA NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
	DIFICULDADE DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
CHECAGEM DE EQUIPAMENTOS/ INSTRUMENTAL	
<input type="checkbox"/>	FOCO <input type="checkbox"/> BISTURI <input type="checkbox"/> ASPIRADOR
<input type="checkbox"/>	ESTERELIZAÇÃO VÁLIDA <input type="checkbox"/> MARCADOR PRESENTE

Fonte: fornecido pelo hospital estudado.

O terceiro bloco de conferência é chamado de time out e é realizado antes da incisão cirúrgica (figura 8). Aqui, também em voz alta, itens como nome dos membros da equipe, tempo de cirurgia, reserva de UTI, utilização de antibióticos, evento crítico previsto, entre outros devem ser conferidos.

Por fim, mas não menos importante, tem-se o momento do *check out* (figura 9), ou seja, antes de o paciente ser direcionado para a sala de recuperação pós-operatória. Aqui, é possível conferir qual procedimento, de fato, foi realizado, verifica-se também se todas as compressas, gazes, agulhas, lâminas e instrumentais não foram esquecidas em alguma cavidade do paciente. Além disso, aqui é o espaço ideal para relatar alguma intercorrência ou problemas com equipamentos.

Figura 8 -- Bloco III do *Checklist* do Hospital estudado

<b>TIME OUT- ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>	
<input type="checkbox"/>	CONFIRMAÇÃO NOME DOS MEMBROS DA EQUIPE.
<input type="checkbox"/>	CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM:
<input type="checkbox"/>	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.
<input type="checkbox"/>	PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/>	SITIO CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/>	INICIO DA CIRURGIA _____ Horas
<input type="checkbox"/>	TEMPO CIRURGIA _____
<input type="checkbox"/>	RESERVA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	PLACA DE BISTURI _____ <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	CONFIRMAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NA
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: NOME _____	
<input type="checkbox"/>	SIM _____ HORAS <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/>	EXISTE ALGUM EVENTO CRITICO PREVISTO <input type="checkbox"/> NA
_____	
_____	

Fonte: fornecido pelo hospital estudado.

Figura 9 - Bloco IV do *Checklist* do Hospital estudado

<b>CHECK OUT- ANTES DA ALTA PARA SRPA</b>	
<input type="checkbox"/>	CONFIRMAR O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
_____	
<input type="checkbox"/>	CONTAGEM DE COMPRESSAS _____ <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	CONTAGEM DE GAZES _____ <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	CONTAGEM DE AGULHAS/ LÂMINAS _____ <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS _____ <input type="checkbox"/> NA
HOUE BIÓPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/>	CONFERÊNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA PEÇA <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	HOUE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/>	PRECISA SER RESOLVIDO _____ <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/>	HOUE ALGUMA INTERCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO
_____	
<b>ASSINATURA:</b> _____	

Fonte: fornecido pelo hospital estudado.

### **3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA**

É necessário fazer uma pesquisa quando não há informações suficientes para responder algum problema ou quando há informações disponíveis, porém elas estão desordenadas, não sendo possível relacioná-las de maneira adequada ao problema. Sendo assim, define-se pesquisa como um procedimento racional e sistemático que tem por finalidade responder problemas propostos (GIL, 2017).

Segundo Gil (2017), uma pesquisa é desenvolvida por meio do emprego de conhecimentos disponíveis e por meio da aplicação criteriosa de métodos e técnicas de investigação científica. Para isso, várias fases são requeridas desde a formulação do problema até a efetiva apresentação dos resultados, o que pode constituir um longo processo. A utilização de métodos científicos não é exclusiva da área científica, mas não há ciência sem o emprego de métodos científicos (LAKATOS E MARCONI, 2010). Para Moresi (2003), metodologia científica é o conjunto de etapas ordenadamente dispostas que devem ser seguidas na investigação de um fenômeno.

Diante de tal contexto, a presente seção tem a finalidade de apresentar a classificação desta pesquisa, descrever os instrumentos utilizados, os procedimentos de coleta e de análise de dados. Além disso, traz-se a caracterização da organização utilizada como objeto do estudo.

#### **3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa**

Há uma variedade de possíveis taxionomias de tipos de pesquisa (VERGARA, 2016). A presente pesquisa tomou como referência a taxionomia proposta por Vergara (2016), a qual apresenta dois critérios básicos de classificação: quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins, a pesquisa é tida como descritiva. O principal objetivo das pesquisas descritivas é o de descrever as características de determinada população ou determinado fenômeno (GIL, 2017). Além disso, elas também podem ser úteis

para estabelecer correlações entre variáveis e definir a sua natureza. É interessante frisar que tal tipo de pesquisa não possui a obrigatoriedade de explicar os fenômenos que descreve, embora embase tal explicação (VERGARA, 2016).

Quanto aos meios de investigação, optou-se por utilizar o estudo de caso. O estudo de caso é definido como um método de investigação empírica que tem por finalidade investigar um fenômeno contemporâneo de forma profunda e em seu contexto de mundo real. Em outras palavras, é um método a ser utilizado quando há a intenção de entender fenômenos sociais complexos, sejam eles individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos, entre outros (YIN, 2015).

Além disso, é possível que uma pesquisa combine elementos das abordagens qualitativas e quantitativas, ou seja, que ela utilize um método misto. O emprego de ambas as abordagens concomitantemente auxilia na ampliação e no aprofundamento do entendimento e da corroboração dos resultados. Na abordagem qualitativa, os resultados são apresentados mediante descrições verbais, já na quantitativa, por sua vez, são apresentados em termos numéricos (CRESWELL, 2010).

Paralelamente, segundo Silva e Menezes (2005), uma pesquisa é classificada como quantitativa quando as informações podem ser quantificadas, além de classificadas e analisadas com o uso de recursos e técnicas estatísticas. Já a qualitativa, por sua vez, pode ser utilizada quando há a intenção de interpretar fenômenos e analisar os dados de forma indutiva (SILVA; MENEZES, 2005). Sendo assim, esta pesquisa é classificada como quantitativa e qualitativa.

A presente pesquisa também é definida como aplicada, pois a sua motivação primordial é a de resolver problemas concretos. Logo, possui finalidade prática, sendo o oposto da pesquisa pura, a qual tem como motivação a curiosidade intelectual do pesquisador e é situada, sobretudo, na nível da especulação. Exemplo de pesquisa aplicada: proposta de mecanismos que diminuam a infecção hospitalar (VERGARA, 2016).

### 3.2 Caracterização da organização

O prédio físico da organização começou a ser construído no ano de 1972, contudo suas obras foram interrompidas em 1975. Cinco anos depois, a obra foi retomada com algumas modificações na planta física original. Por fim, foi inaugurado em dezembro de 1984, tendo como objetivo de prestar assistência à saúde da população da Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro (SES/DF, 2016).

Com aproximadamente 42 mil metros quadrados de área, o hospital é dividido em seis blocos interligados e conta com um total de 363 leitos de internações. Caracteriza-se como hospital público e geral e presta atendimento emergencial e ambulatorial de média e alta complexidade. A área assistencial funciona 24 horas por dia e os setores administrativos das 8h até às 18h. É referência no atendimento às vítimas de queimaduras, lábio leporino, cridown (atendimento aos portadores da síndrome de down) e cirurgia bariátrica (SES/DF, 2016). Os atendimentos prestados são diversos e estão descritos na figura 6.

Figura 10 - Tipos de Atendimentos Prestados

<b>Atendimento em Pronto Socorro</b>	<b>Observação e/ou Internação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirurgia geral</li> <li>▪ Cirurgia plástica</li> <li>▪ Clínica médica</li> <li>▪ Odontologia</li> <li>▪ Ginecologia e obstetrícia</li> <li>▪ Oftalmologia</li> <li>▪ Pediatria</li> <li>▪ Queimados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro cirúrgico</li> <li>▪ Centro obstétrico</li> <li>▪ Pediatria</li> <li>▪ Unidade de clínica médica</li> <li>▪ Ginecologia</li> <li>▪ Maternidade</li> <li>▪ UCIN</li> <li>▪ Unidade de queimados</li> <li>▪ UTI adulto</li> <li>▪ Banco de leite</li> <li>▪ Unidade de cirurgia geral</li> <li>▪ Unidade de cirurgia vascular</li> <li>▪ Unidade de cirurgia plástica</li> <li>▪ Internação da ginecologia</li> </ul>
<b>Atendimento Ambulatorial</b>	
<p>Alergia, ambulatório do viajante, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, cirurgia torácica, Crisdown, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, hematologia, homeopatia, infectologia, mastologia, nefrologia, NRAD, nutrição, odontologia, oftalmologia, otorrino, pequena cirurgia, pneumologia, proctologia, programa ostomizados, programa fissurados, programa margarida-PAV, psicologia, psiquiatria, radiologia, reumatologia, serviço social, terapia ocupacional, urologia e vigilância epidemiológica.</p>	

Fonte: fornecido pelo hospital estudado.

O Hospital está credenciado junto ao Ministério da Educação e Ministério da Saúde como hospital ensino. Além disso, faz parte da Rede Sentinela e Vigilância Pós-Comercialização (VIGIPÓS) desde 2006, a qual que funciona como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos de produtos e hemoderivados à saúde (incidentes relacionados a fármaco, tecnovigilância e hemovigilância), em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SES/DF, 2016).

Em tese, as cirurgias são agendadas previamente com autorização médica após realização de consultas ambulatoriais e exames de laboratório e imagem. Cada Unidade tem controle sobre os agendamentos. A Unidade de Queimados não agenda cirurgias o atendimento cirúrgico é realizado na própria unidade (SES/DF, 2016).

### **3.3 Participantes do estudo**

A pesquisa foi principalmente realizada por meio de entrevistas e de análise de documentos fornecidos pelas entrevistadas.

Uma das entrevistadas foi a chefe do NSP. Ela é servidora do hospital há 20 anos, trabalha no Núcleo há 8 anos, sendo que está há 1 ano posição de chefe. É bióloga, técnica de enfermagem e possui especialização em segurança do paciente.

Outra entrevistada foi uma enfermeira do Centro Cirúrgico, a qual é enfermeira de formação, servidora do hospital há pouco mais de 20 anos e está lotada no Centro Cirúrgico há 4 anos. Por fim, outra entrevistada foi a supervisora do Centro Cirúrgico, a qual é enfermeira de formação, servidora do hospital há 13 anos e está no cargo de supervisora desde 2014.

Para a análise dos documentos, foram realizadas várias visitas à unidade hospitalar durante os meses de junho, agosto, setembro e outubro de 2018. Sendo assim, é importante frisar que os servidores do Núcleo de Segurança e do Centro Cirúrgico contribuíram com o fornecimento de informações e sugestões durante toda a etapa

de coleta de dados. O Núcleo de Segurança do Paciente possui atualmente 5 servidores e o Centro Cirúrgico é composto por 64 servidores.

### **3.4 Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa**

Segundo Gil (2017), os instrumentos de pesquisa têm a finalidade de indicar como os conceitos e as variáveis devem ser colocadas em contato com os fatos empíricos para a obtenção de respostas relevantes. É comum a utilização conjunta de dois ou mais instrumentos em uma única pesquisa (MARCONI, 2017).

Em relação a entrevistas, pode-se classificá-las em estruturadas ou não estruturadas. Uma entrevista é estruturada quando um roteiro é seguido de maneira estrita, sendo assim, por meio de tal padronização, torna-se possível fazer uma comparação entre duas entrevistas ou mais. Já nas entrevistas não estruturadas, por sua vez, o entrevistador tem o poder de levar a entrevista na direção que ele entenda como mais adequada para que o tema seja bem explorado. Sendo assim, diferenciam-se os dois tipos principalmente pelo fato de ter padronização ou não (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Cruz Neto (1994) defende a possibilidade de unir as duas modalidades descritas, gerando uma nova modalidade: entrevista semiestruturada. Apesar de utilizar um roteiro como base, o entrevistador também tem a possibilidade de direcionar a entrevista de acordo com o contexto. Sendo assim, o entrevistado possui maior liberdade de expressão ao mesmo tempo em que todos os assuntos presentes no roteiro são contemplados.

A pesquisa documental é utilizada em praticamente todas as ciências sociais. Analisa-se toda sorte de documentos, elaborados com finalidades diversas, tais como assentamento, autorização, comunicação, entre outros. O conceito de documento é bastante amplo, já que este pode ser constituído por qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento. A modalidade mais comum de documento é a constituída por um texto escrito em papel, mas os documentos eletrônicos estão se tornando cada vez mais comuns com o passar do tempo (GIL, 2017).

Segundo Silva e Menezes (2005), a observação é a utilização dos sentidos para a obtenção de dados de certos aspectos da realidade. No caso desta pesquisa, a observação foi sistemática, não participante, individual e da vida real. O fato de ser sistemática significa que houve um planejamento prévio. Além disso, foi realizada por apenas um pesquisador (individual), o qual presenciou os fatos, mas não participou (não participante). Por fim, da vida real significa que o registro dos dados foi feito à medida que eles ocorreram (SILVA; MENEZES, 2005).

### **3.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados.**

Os procedimentos de coleta e de análise de dados foram adaptados segundo as particularidades de cada instrumento. A seguir, são explicados, respectivamente, a entrevista não estruturada, a análise documental e, por fim, a entrevista semiestruturada.

Primeiramente, foi realizada uma entrevista não estruturada com a chefe do NSP em maio de 2018. O objetivo de tal entrevista foi o de entender o contexto da organização estudada, bem como as questões relacionadas à temática da segurança do paciente. Durou aproximadamente duas horas.

Em seguida, para analisar o estado atual da segurança do paciente cirúrgico no hospital estudado, foi feita uma pesquisa documental. A análise documental foi restrita a dois tipos de documentos: *checklists* preenchidos e documentos fornecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente. No primeiro caso, foram analisados todos os 2.637 *checklists* feitos no período de janeiro de 2018 até setembro de 2018. O objetivo de tal análise foi o de quantificar os itens não preenchidos, ou seja, que ficaram em branco, o que auxiliou na análise da qualidade do preenchimento. Utilizou-se o *excel* 2010 para registrar todos os itens não preenchidos de todos os *checklists*. Para isso, foram feitas uma média de 60 visitas à unidade hospitalar durante os meses de junho, agosto, setembro e outubro de 2018.

O NSP forneceu documentos elaborados pelo próprio Hospital, como o protocolo de cirurgia segura, o plano de segurança do paciente e indicadores, todos elaborados pelo próprio setor. Além disso, forneceu protocolos e manuais relacionados à

temática de segurança, produzidos por outros hospitais. Todos eles foram disponibilizados via e-mail.

Para análise dos dados coletados, utilizou-se o próprio *excel* 2010. Por meio dele, foi possível obter a frequência de itens não preenchidos, bem como o auxílio na montagem dos gráficos, tabelas e ferramentas da qualidade presentes neste estudo.

Em seguida, realizou-se uma observação direta. Sendo assim, a pesquisadora esteve presente em 8 cirurgias ao longo do mês de outubro de 2018. A finalidade foi analisar como o *checklists* são preenchidos na prática para, dessa forma, avaliar a qualidade do preenchimento e dar sugestões de melhora. É interessante lembrar que há um manual montado pela OMS sugerindo como aplicação da Lista de Verificação deve ser feita e ele foi tomado como base de avaliação.

Por último, foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas. O objetivo primordial de ambas foi o de entender o contexto de alguns itens do *checklist*, bem como a sua importância, possíveis causas do não preenchimento e sugestões de melhoria. O roteiro utilizado foi o mesmo em ambas e está no Apêndice 1. Além disso, as duas foram agendadas previamente e duraram cerca de 1 hora cada uma. A primeira entrevista foi realizada com a chefe do Núcleo de Segurança e com uma enfermeira do Centro Cirúrgico ao mesmo tempo. A segunda, por sua vez, foi com a supervisora do Centro Cirúrgico.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O planejamento do alcance da meta deste estudo seguiu a bibliografia referente ao Ciclo PDCA, mais especificamente em relação ao primeiro passo dele, ou seja, “P” de planejar. Tal etapa, como já foi dito, é dividida em quatro partes, quais sejam: identificação do problema, análise do fenômeno, análise do processo e plano de ação (NOGUEIRA, 1999).

A identificação do problema, isto é, da meta de melhorar a segurança cirúrgica, aconteceu por meio da entrevista não estruturada com a chefe do Núcleo de Segurança, bem como pelos documentos fornecidos por ela e pelo estudo da bibliografia científica sobre o assunto, a qual está presente neste estudo. Dessa forma, foi possível compreender de maneira clara e profunda todo o contexto do problema, ou seja, da meta analisada.

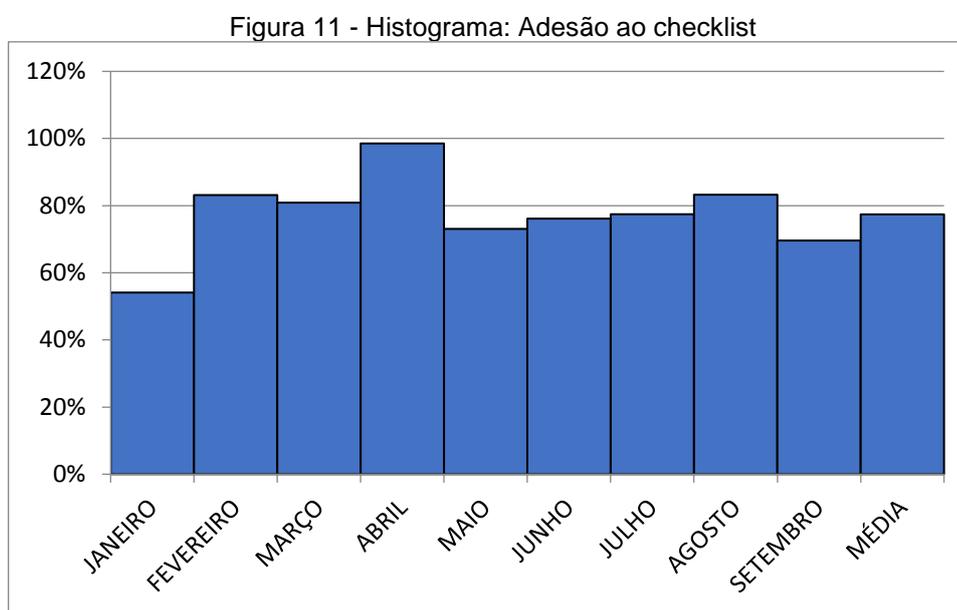
O segundo passo consiste em analisar o fenômeno sob vários ângulos e, em seguida, estratificá-lo de acordo com as situações relacionadas a ele (AGUIAR, 2006). Para a análise aprofundada foram feitas as análises documentais e a observação direta. A estratificação, como será explicado a seguir, foi feita pela quantidade de incidência (frequência).

Segundo Aguiar (2006), o terceiro ponto é a busca pelas causas geradoras do problema relacionado com a meta específica. Para realizar tal passo, realizaram-se as duas entrevistas semiestruturadas. Por fim, o plano de ação foi dividido em vários planos de ação menores com o objetivo de facilitar a sua implementação.

É interessante lembrar que para atingir a meta estabelecida pelo governo, o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital estudado dividiu-a em duas metas específicas, quais sejam: total adesão ao *checklist* da cirurgia segura e melhorar a qualidade de seu preenchimento. Sendo assim, ambas serão analisadas. O Planejamento do PDCA foi feito para as duas metas específicas de maneira concomitante.

#### 4.1 Meta específica 1: adesão total ao *checklist*

O intervalo escolhido para a análise dos *checklists* corresponde às cirurgias realizadas no período de 1º de janeiro de 2018 até 30 de setembro de 2018. No total, foram realizadas 3.407 cirurgias e 2.637 *checklists* foram preenchidos, o que corresponde a uma média de 77% de adesão. Sendo assim, foi construído um histograma, representado pela seguinte Figura 11, para representar tal situação ao longo dos meses analisados.



Fonte: elaborado pela autora.

Contudo, a meta estabelecida pelo NSP é de total adesão. Nesse sentido, torna-se necessária uma intervenção. O primeiro passo é analisar as causas do não preenchimento. As principais causas foram apontadas pelas entrevistadas:

Uma das causas apontadas para a não adesão ao *checklist* da cirurgia segura está no fato de não existir um fluxo de atividades do Centro Cirúrgico. Segundo uma das entrevistadas, “não se existe nada contínuo, não tem rotina, não tem fluxo de atendimento”. É interessante observar que o *checklist* é só uma conferência de informações, nesse sentido, subentende-se que uma parte dos passos já tenha sido feitos anteriormente, exemplo: reserva de UTI e assinatura do termo de consentimento.

A mesma entrevistada afirmou que há treinamentos sobre segurança do paciente cirúrgico, porém são poucos. Além disso, perde-se todo treinamento que já foi feito porque o que foi aprendido não é passado para os novos funcionários do Centro Cirúrgico. Sendo assim, eles não possuem o hábito de realizar o *checklist*. Outra dificuldade apontada é o fato de existirem servidores que trabalham 20 horas e outros que trabalham 40 horas. Na percepção de uma das entrevistadas, os que trabalham apenas 20 horas costumam ser menos envolvidos com as metas do hospital justamente pelo fato de não passarem mais tempo lá.

Foi afirmado que não há conscientização em boa parte dos funcionários: “as pessoas não têm essa consciência, essa cultura”. Ligado a isso, uma boa parte das pessoas não têm motivação para fazer o *checklist*, pois não entendem a real importância ou porque simplesmente não são cobradas. Sendo assim, não há interesse em acrescentar ainda mais tarefas no seu trabalho diário se não vai haver cobrança. Também foi dito que há a falta de empatia: “as pessoas precisam ter consciência de que isso é importante para o paciente, e se a pessoa fosse o paciente?”.

Segundo uma das entrevistadas, o *checklist* da cirurgia segura costuma ser mais preenchido nos hospitais particulares porque há mais cobrança e há punição, exemplos: suspensão, redução do salário e advertência escrita e verbal. Contudo, logo em seguida ela completou que mais importante do que punir, é criar o hábito. Fala importante: “no privado, você faz porque se não você perde o seu emprego, não é essas mil maravilhas”.

Em relação aos insumos, relatou-se a falta de materiais, problemas com a estrutura física e de déficit de servidores. A supervisora do Centro Cirúrgico afirmou que “não têm meios, não estou justificando, mas a segurança do paciente é uma coisa imprescindível, tem que ser feita, mas é muito difícil com o que a gente está vivendo agora, faltam insumos, falta de ar condicionado e isso é uma coisa que influencia negativamente”. Além disso, outra entrevistada afirmou que muitos servidores querem prestar um serviço bem feito, mas que “o déficit de servidores faz com que eles não consigam prestar uma assistência de qualidade”.

Foi afirmado que muitos circulantes, os quais são os responsáveis por coordenar o preenchimento dos *checklists*, podem se sentir intimidados em realizar o *checklist*, principalmente pela diferença do grau de instrução em relação aos cirurgiões e anestesistas. Nesse sentido, uma entrevistada afirmou que é necessário “descer ego e qualificações que um se acha melhor que o outro e lembrar que cada um é importante, cada um tem o seu papel. A senhora que limpa o chão é tão importante quanto o cirurgião, porque se o chão estiver sujo, a cirurgia não vai acontecer, todo mundo é importante”.

Por fim, para uma delas, é necessário entender que não há como implementar o uso do *checklist* sozinho. Deve-se ter visão de grupo, todos precisam estar envolvidos “você só consegue o fruto do trabalho se você trabalhar junto. Para o trabalho no hospital, é necessário ter espírito de equipe”.

Como todas as causas apontadas para a não adesão também foram apontadas para a baixa qualidade do preenchimento, optou-se, por questões didáticas, por apresentar os planos de ação apenas no próximo item. Seguindo os planos de ação da meta específica 2, pretende-se alcançar a meta específica 1 de forma concomitante. Para análise futura do alcance ou não da meta específica 1, é sugerido o seguinte indicador:.

$$I_1 = \frac{\text{Quantidade de Checklists}}{\text{Total de cirurgias}}$$

## 4.2 Meta específica 2: melhorar a qualidade do preenchimento

A segunda meta é o melhoramento da qualidade do preenchimento. Para a análise do estado corrente de tal meta, todos os *checklists* preenchidos foram analisados detalhadamente e todos os itens que foram deixados em branco foram contabilizados. Além disso, foram assistidas oito cirurgias com a finalidade de verificar como eles estão sendo preenchidos na prática.

Para priorização de análise dos itens, optou-se por utilizar a ferramenta da qualidade chamada de Pareto. O diagrama de Pareto deste estudo está no Apêndice A. O

primeiro passo foi verificar os principais itens menos preenchidos, visto que o não preenchimento desses vem de causas semelhantes. No caso deste trabalho, 20 itens representam os 80% do total de não preenchidos. Contudo, 10 foram selecionados para análise, os quais são os mais importantes dentro de cada bloco. O motivo de tal seleção se deu devido à repetitividade das causas do não preenchimento dos itens de mesmo bloco.

Os itens menos preenchidos e que foram escolhidos para análise em relação ao primeiro Bloco são o Termo de Consentimento do Livre Esclarecido, com 81,30% de não preenchimento, a assinatura do responsável, com 73,45%, e os exames, com 71,95%. Sendo assim, em relação ao momento antes da indução anestésica (Bloco II), os itens menos preenchidos e escolhidos para análise são: marcação da lateralidade (34,54%), presença de marcador (25,46%) e marcação do sítio (19,95%). Os itens do Bloco III (pausa antes da incisão cirúrgica) menos marcados e escolhidos para análise são tempo previsto de cirurgia, com 60%, e reserva de UTI, com 44,10%. Por último, no quarto Bloco: contagem de instrumentais (19,33%) e confirmação do procedimento realizado (19,09%).

É importante afirmar que, como sugerido pelo método PDCA, buscou-se entender o que o motivo de cada não preenchimento, bem como o seu contexto e suas causas e suas consequências. Tais informações foram obtidas nas entrevistas semiestruturadas. Ao final de cada item analisado a pesquisadora sugeriu um plano de ação específico para ele. A porcentagem de não preenchimento de cada item do *checklist* todo pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de itens não preenchidos no Checklist (%)

Item	Mês									Média
	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	
<b>Bloco I</b>										
Número do SES	1,04	1,32	2,19	1,49	1,23	2,97	1,96	2,07	0,87	1,68
Número do leito	39,79	30,56	29,12	28,74	39,31	32,67	37,00	43,78	33,18	34,91
Tempo de jejum	28,27	27,24	30,76	23,35	21,98	16,17	24,01	23,96	22,70	24,27
Data	3,66	2,65	4,12	2,09	4,95	3,30	7,08	2,66	3,49	3,78
Hora do encaminhamento para o CC	50,78	60,13	46,42	55,68	52,01	53,13	56,29	73,37	64,62	56,94
Assinatura do responsável	71,20	77,40	66,20	74,55	77,08	68,31	68,11	83,13	75,10	73,45
Termo de Consentimento	89,00	83,38	78,57	79,34	82,04	74,25	75,98	84,91	84,27	81,30
Retirada de adornos e próteses	83,76	65,78	67,03	70,05	70,58	66,66	66,53	74,55	78,16	71,45
Exames complementares	82,19	68,77	67,85	71,85	71,51	64,68	69,29	75,44	75,98	71,95
Hora de chegada no CC	73,82	68,43	74,45	63,47	71,51	59,73	66,14	58,28	59,82	66,18
Hora de encaminhamento para a operação	54,45	54,81	61,26	55,68	57,58	62,70	57,08	52,36	67,68	58,18
Número da sala de operação	33,50	32,55	37,63	30,83	26,31	37,62	21,65	24,26	30,13	30,50

**Bloco II**

Identificação do paciente	6,28	3,65	3,29	1,49	4,33	3,63	1,96	2,66	5,24	3,61
Termo de Consentimento	20,41	11,62	11,26	14,97	15,47	14,85	16,53	13,31	14,41	14,76
Nome do procedimento	9,94	6,64	6,31	4,49	7,12	7,59	9,44	14,49	18,77	9,42
Sítio	18,32	14,61	20,87	18,26	19,81	22,11	22,44	27,81	15,28	19,95
Lateralidade	40,83	28,23	22,52	33,53	29,10	37,62	35,43	42,60	41,04	34,54
Exames	7,32	6,64	9,34	5,08	6,81	6,93	11,02	13,31	9,60	8,45
Reserva de sangue	12,56	9,96	13,18	9,88	13,00	13,20	16,53	14,79	13,53	12,96
Alergia	13,61	13,62	12,08	13,17	8,66	13,53	23,22	14,20	15,72	14,20
Checagem equipamentos anestesia	4,18	4,98	9,61	5,08	4,64	5,94	7,48	8,28	6,11	6,26
Dificuldade de vias aéreas	21,46	20,59	26,37	13,47	13,31	19,47	21,25	18,04	19,21	19,24
Foco	2,09	4,98	7,96	3,59	4,95	6,27	3,54	4,43	2,62	4,49
Bisturi	5,23	8,30	9,89	4,79	4,33	8,25	5,51	7,10	5,24	6,52
Aspirador	3,14	6,64	5,21	6,88	7,43	3,30	7,08	6,50	6,55	5,86
Esterilização válida	2,61	4,98	6,86	5,38	13,62	14,85	8,26	4,43	6,55	7,50
Marcador presente	10,47	11,29	13,73	24,55	40,86	39,27	42,51	28,99	17,46	25,46

**Bloco III**

Nome dos membros da equipe	1,57	2,65	5,76	3,89	3,09	2,97	3,54	4,43	3,93	3,54
Tempo previsto de cirurgia	55,49	65,11	57,41	61,67	57,58	50,82	60,62	61,83	69,43	60,00
Reserva de UTI	42,93	39,86	39,56	42,21	39,31	41,58	48,81	48,52	54,14	44,10
Placa de bisturi	2,61	5,31	3,84	2,69	4,02	2,64	2,36	3,55	6,11	3,68
Confirmação de materiais especiais	30,36	25,91	22,25	20,95	22,60	25,41	30,31	27,21	30,56	26,17
Antibiótico profilático	16,23	19,93	16,20	16,76	15,47	20,13	17,32	21,89	22,27	18,47
Horário de uso de antibiótico profilático	18,84	13,62	13,73	12,27	13,93	11,88	12,20	11,53	13,97	13,55
Evento clínico previsto	29,31	29,90	23,62	22,15	26,00	27,06	33,07	24,55	19,65	26,15

**Bloco IV**

Procedimento realizado	25,13	19,60	11,81	19,16	13,00	21,78	19,29	18,93	23,14	19,09
Contagem de compressas	2,61	4,31	4,67	4,49	4,33	4,62	9,05	4,73	4,36	4,80
Contagem de gazes	6,28	7,30	7,14	6,58	8,35	6,60	12,20	6,80	7,42	7,63
Contagem de agulhas/lâminas	7,32	9,30	9,61	7,18	9,59	6,93	12,99	8,57	10,91	9,16
Contagem de instrumentais	16,75	15,94	13,46	17,06	19,81	21,78	24,01	19,82	25,32	19,33
Biópsia	10,47	10,29	9,34	11,07	11,76	10,56	14,17	11,53	12,66	11,32

Conferência da identificação da peça	2,09	1,32	0,82	0,29	2,78	2,31	1,18	1,18	0,87	1,43
Houve algum problema com equipamento	9,94	9,96	11,26	8,68	9,28	11,55	13,38	7,69	8,73	10,05
Houve alguma intercorrência	14,13	21,59	25,54	17,06	18,57	15,84	26,77	12,72	15,28	18,61
Assinatura	6,28	3,32	6,59	8,38	7,43	6,27	7,08	4,14	7,42	6,32

Fonte: elaborado pela autora

Nota-se que há uma quantidade considerável de itens que não são marcados, o que é bem preocupante. Ratificando, para fins desta pesquisa, serão analisados os seguintes itens: termo de consentimento do livre esclarecido, a assinatura do responsável, os exames, marcação da lateralidade, presença de marcador e marcação do sítio, tempo previsto de cirurgia, reserva de UTI, contagem de instrumentais e confirmação do procedimento realizado.

Como já foi dito, utilizaram-se as duas entrevistas semiestruturadas para buscar entender o contexto, as causas e as consequências do não preenchimento de cada item escolhido. Para realizar tal atividade foi necessária a colaboração das ramificações do diagrama de causa e efeito. Observou-se que a maior parte das causas está relacionada a problemas com a mão de obra. Relacionado a isso, identificou-se que falta de treinamento, gestão pouco presente, desmotivação, conscientização e falta de comunicação estão entre as causas principais.

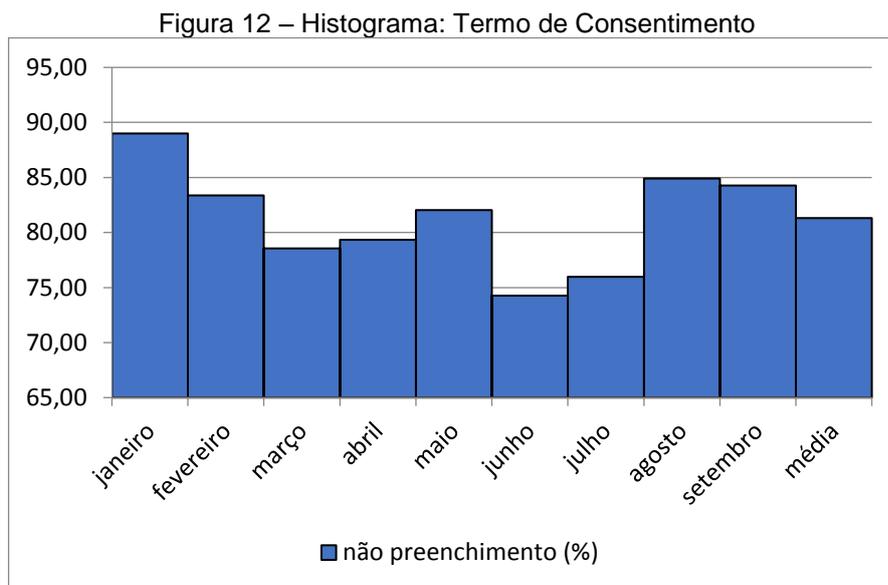
Sugere-se que a equipe cirúrgica, juntamente com o NSP, utilize a ferramenta 5W2H para a elaboração ainda mais específica do plano de ação de cada item, contendo nomes, datas, nível que o indicador deverá alcançar, entre outros pontos. A ferramenta 5W2H consiste em indicar para cada ação do plano de ação, quem será o responsável (*Who*), quando será a data da tarefa (*When*), o que será feito (*What*), por que será feito (*Why*), onde será feito (*Where*), como será feito (*How*), quanto custará fazer (*How Much*). Através de tais respostas é possível desenvolver uma estrutura de cronograma para acompanhamento da evolução dos procedimentos (MARTINS, LAUGENI, 2005).

#### 4.2.1 Termo de Consentimento do Livre Esclarecido

O nome completo é Termo de Consentimento do Livre Esclarecido, sendo assim, quando o termo é assinado pelo paciente, subentende-se que o paciente está ciente de tudo o que está relacionado à cirurgia: quais são os riscos, as possíveis complicações e os benefícios. Em outras palavras, o médico fornece uma explicação detalhada a respeito da cirurgia a ser realizada. O paciente tem o direito de decidir se ele quer ser operado ou não, dessa forma, caso não haja total concordância, ele tem o direito de não assinar.

Devido a sua importância e ao seu grau de detalhamento, é uma função que apenas o médico pode fazer e que possui obrigatoriedade legal. Em tese, seria interessante que toda a explicação fosse dada na consulta em que o médico pedisse a cirurgia e, em seguida, na consulta pré-operatória, o paciente tirasse todas as dúvidas restantes e, ao fim, assinasse o termo. Sendo assim, ele teria tempo suficiente de refletir e de saber a opinião dos familiares. Contudo, o hospital estudado não tem condições de realizar a consulta pré-operatória devido à escassez de profissionais.

Atualmente, o momento fixado para assinar o termo é na própria consulta em que o médico faz o pedido da cirurgia, porém, por meio dos dados apresentados por esta pesquisa, é possível notar que isso não vem acontecendo. Além de ser importante para o paciente, também é importante para o hospital, pois serve como respaldo jurídico. Exemplo: quando existe algum problema relacionado a pacientes cirúrgicos na justiça, o juiz costuma pedir o seu prontuário, o qual deve ter o termo anexado. Segundo a norma, uma via do termo deveria ficar com o paciente, inclusive deve permanecer junto dele durante todo o tempo da cirurgia. Nesse sentido, seria interessante que houvesse duas vias, uma para o hospital e outra para o paciente.



Fonte: elaborado pela autora.

Nota-se, pelas explicações dadas, que é um procedimento fundamental. Contudo, a frequência de não preenchimento é alta, como pode ser visto na figura 12 acima. Nos dados analisados, em média 81,30% dos *checklists* feitos possuem o item a respeito do consentimento em branco. Entretanto, ao lado de tal item, no próprio papel do *checklist*, existe outro chamado “consentimento não”, o qual é marcado quando o coordenador confirma que não há presença do termo. O “consentimento não” foi marcado em 7,17% do *checklists* feitos. As duas porcentagens somadas com os *checklists* não preenchidos, dá uma média de 90% de cirurgias sem que o termo de consentimento esteja assinado até este ponto de verificação.

Segundo uma das entrevistadas, apesar do procedimento de assinatura nunca ter sido efetivamente posto em prática, o uso do prontuário eletrônico teve grande influência negativa. Há cerca de 10 anos, o prontuário eletrônico foi implementado, contudo não foi pensado em como lidar com certos tipos de documentos físicos, como é o caso dos termos de consentimento. O ideal para o presente momento é que o termo fosse digitalizado e anexado ao prontuário eletrônico. Entretanto, o contrato com a empresa responsável pela implementação do sistema eletrônico já acabou, sendo assim não é possível inserir outras ferramentas, ou seja, não é possível inserir nada no prontuário eletrônico que já não esteja lá.

Outra entrevistada comentou que “essa logística de ter um prontuário físico era para ter acabado”, sendo assim, seria ideal não precisar usar papel porque não há lugar para arquivar. Quando o sistema eletrônico foi implementado, toda a logística física

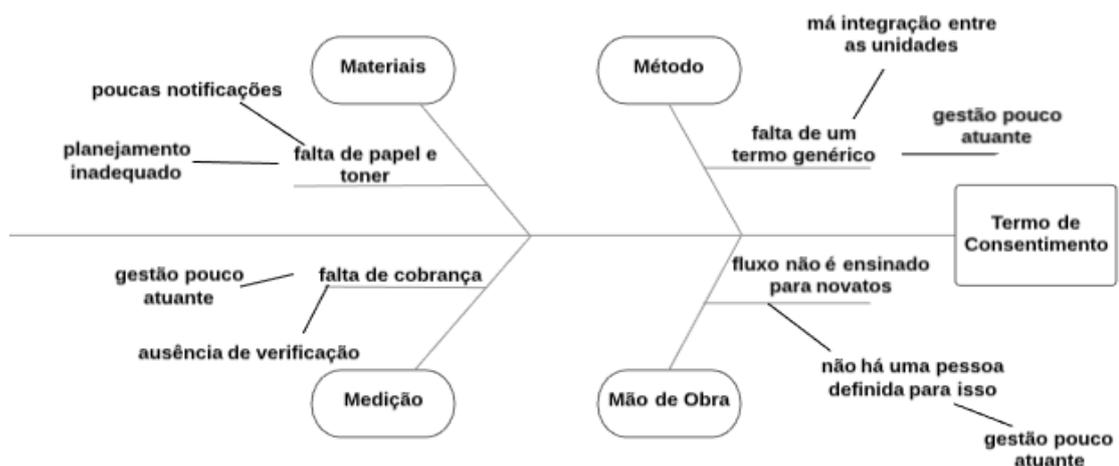
foi retirada: não tem mais onde arquivar e uma quantidade considerável de secretárias das unidades foram demitidas, o que “fez isso virar uma bagunça”. Contudo, elas afirmaram que mesmo sendo digitalizado, o documento original precisaria ser arquivado, pois o digitalizado não teria validade por si só, porque é fácil de ser falsificado.

A organização estudada é classificada como um hospital-escola, por tal motivo há uma grande rotatividade de profissionais, inclusive no próprio Centro Cirúrgico. Entretanto, as instruções relacionadas ao item em questão não são passadas para os novatos, o que faz com que poucos deles saibam como é o fluxo da assinatura do Termo de Consentimento e, assim, conseqüentemente, muitos não o colocam em prática.

Além disso, o hospital possui clínicas de 11 especialidades, porém não há um termo de consentimento padrão que abranja todas elas. Em tese, cada especialidade tem o seu próprio. Contudo, na prática, muitas delas nem sequer possuem o termo feito. Como agravante, foi apontado que há períodos em que falta impressora e toner, o que impede a impressão dos termos.

Por fim, todas as entrevistadas afirmaram que a importância da assinatura do termo já foi enfatizada em reuniões com a alta direção. Todavia, em sequência, elas afirmaram que nunca houve cobrança efetiva. Tais causas apontadas pelas entrevistas e as de interpretação da pesquisadora foram representadas no diagrama de causa e efeito da figura 13 abaixo.

Figura 13 - Diagrama de Causa e Efeito: Termo de Consentimento

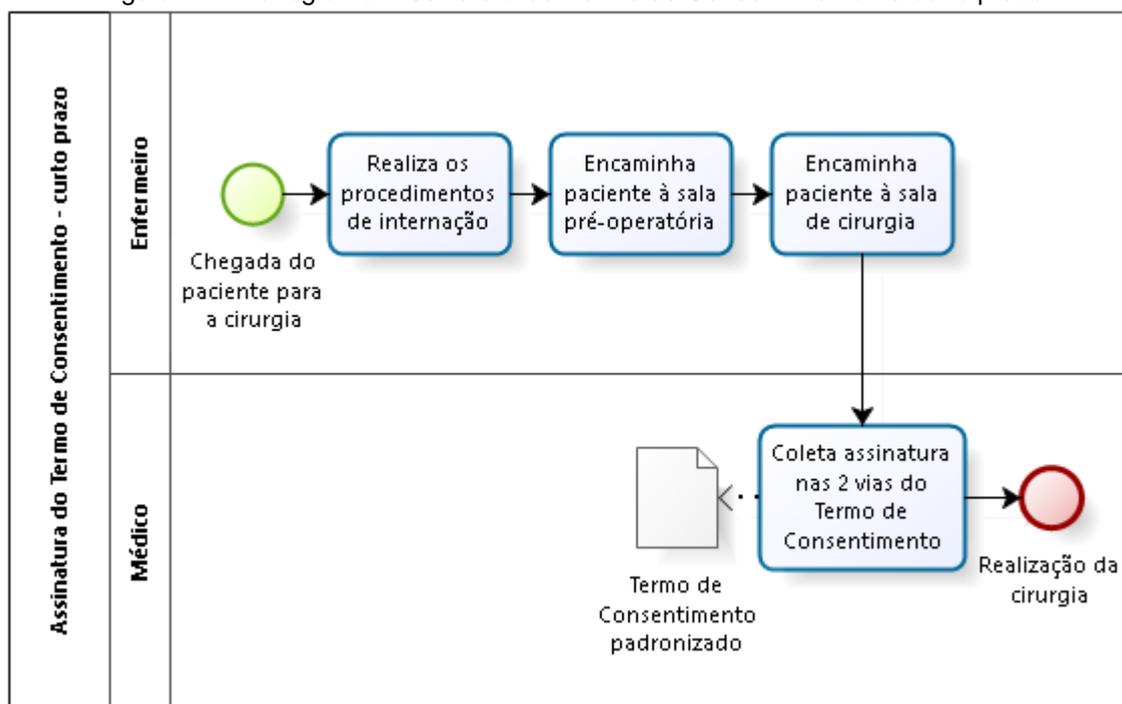


Fonte: Elaborado pela autora.

Como sugestões de curto prazo, tem-se a elaboração de um termo de consentimento genérico que servisse para todas as especialidades. O paciente assinaria o termo quando adentrar a sala de cirurgia, pois há a presença do médico (requerido pela norma), e é lá que o termo de consentimento da anestesia é assinado, então poderia juntar esses dois momentos. Além disso, ele teria o tempo entre a consulta em que o pedido de cirurgia foi feito até o dia da operação para conversar com os seus familiares. Tal fluxo está representado na figura 14.

Apesar de não ser o ideal, é uma alternativa possível de já ser colocada em prática, visto que quase todas as cirurgias são feitas sem ele. É necessário sensibilizar a alta gestão para que seja fornecido um lugar adequado para o arquivamento de documentos. Por fim, a gestão do Centro Cirúrgico deve escolher pessoas chaves para acolherem e passarem as rotinas de trabalho para os novatos.

Figura 14 - Fluxograma: Assinatura do Termo de Consentimento no curto prazo



Fonte: elaborado pela autora.

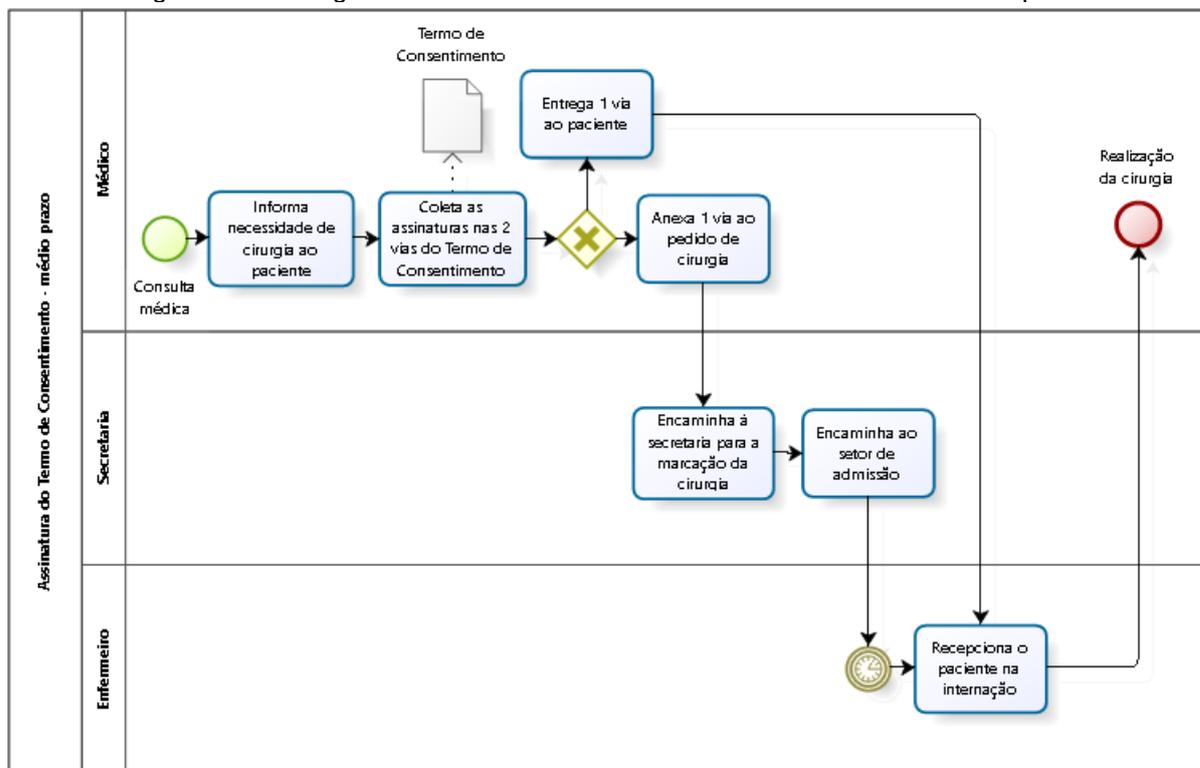
Em relação ao médio prazo, o fluxo mais próximo do ideal seria aproveitar o já existente em relação ao documento de solicitação de cirurgia. Na consulta em que o pedido de cirurgia é feito, o médico responsável já explicaria a cirurgia e tiraria as dúvidas do paciente. Nesse momento, duas vias do termo (já padronizado) seriam assinadas, uma ficaria com o paciente e a outra seria anexada ao pedido de cirurgia.

Caso ele reflita em casa e mude de ideia em relação à cirurgia, ele poderia ligar para desmarcá-la.

Em seguida, o termo de consentimento e o pedido da cirurgia são encaminhados para a secretária daquela clínica, a qual marca o dia da cirurgia e envia os dois papéis para o setor de admissão, pois é lá que o paciente dá a entrada quando interna para ser operado. Paciente e as devidas documentações seguem para o andar da internação, depois, para o centro cirúrgico e, por fim, os documentos seriam descartados. Na própria clínica o termo já poderia ser digitalizado e colocado no sistema. Tal fluxo foi representado na figura 15.

Para isso, ainda é necessário um trabalho de sensibilização da alta gestão no sentido de realizar um novo contrato para a alteração do sistema de prontuário eletrônico e para tirar a obrigatoriedade de ser um documento físico, pois não há lugar para arquivamento.

Figura 15 - Fluxograma: Assinatura do Termo de Consentimento no médio prazo



Fonte: elaborado pela autora.

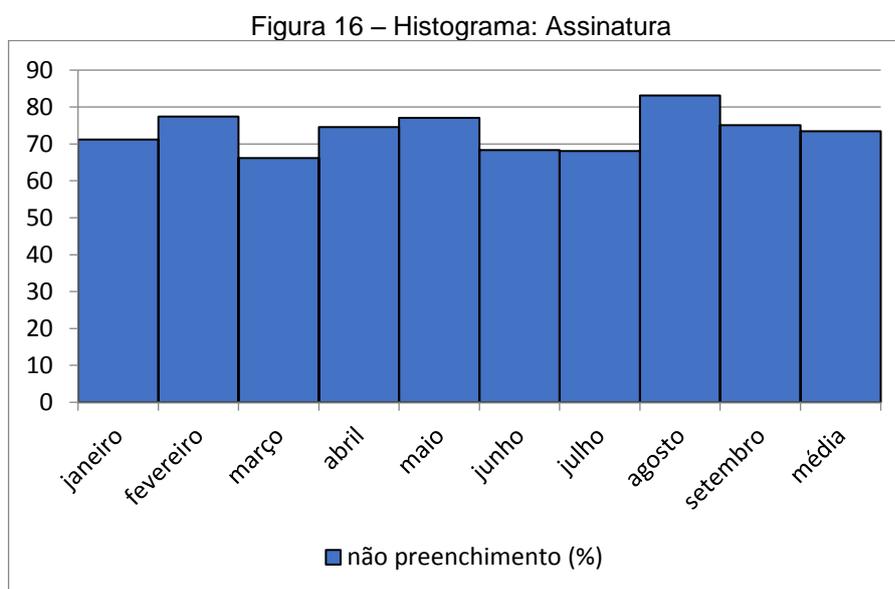
Já no longo prazo, por sua vez, o hospital deveria implementar a consulta pré-cirúrgica e assinatura digital para pacientes. Nesse sentido, o termo seria assinado de forma digital, sem qualquer necessidade de papel, na própria consulta pré-

operatória. Sendo assim, é necessário mais mão de obra e uma alteração mais profunda no sistema eletrônico, ambos também dependem de uma sensibilização a ser feita na alta gestão. Para futura análise de melhora de tal processo, o indicador sugerido é o número de consultas pré-cirúrgicas realizadas no mês dividido pela quantidade total de cirurgias feitas no mês, pois o indicador supracitado requer uma contagem mais elaborada:

$$I_2 = \frac{\text{Número de consultas pré-cirúrgicas realizada}}{\text{Total de checklists preenchidos}}$$

#### 4.2.2 Assinatura

Trata-se da assinatura do primeiro bloco do *checklist*. Há dois campos para assinatura no *checklist* todo: o primeiro está localizado ao fim do primeiro bloco do *checklist* e o segundo fica no fim do quarto. A presente análise é em relação ao primeiro. Dos itens “paciente” até “encaminhamento do paciente para o bloco cirúrgico” quem preenche é o enfermeiro responsável pelo paciente na internação. Contudo, quem assina é o responsável por levar o paciente até o bloco cirúrgico. Foi feito um histograma para analisar a frequência de não preenchimento deste item, a qual está representada na figura 16. Pode-se observar que quase 74% dos *checklists* feitos estão em branco neste item.



Fonte: elaborado pela autora.

Segundo uma das entrevistas, o principal problema é justamente o fato de que quem assina não é quem preenche: “o que vem acontecendo é que o primeiro bloco inteiro é preenchido pelo enfermeiro da internação e assinado pela pessoa que leva o paciente para o centro cirúrgico, logo, a segunda pessoa não quer se responsabilizar por algo que ela não fez”. Segundo uma das entrevistadas, talvez por isso não queiram assinar, “porque não é ela que preenche”, além disso, muitas vezes, o preenchimento é mal feito, o que faz com que ninguém queira assinar: “não assinam porque é mal preenchido”, há certo receio em se comprometer.

Outra causa apontada é a sobrecarga de trabalho para quem leva o paciente para o Centro Cirúrgico. Por diversas vezes, tal pessoa é responsável por levar vários pacientes ao mesmo tempo, o que faz com que ela não consiga dar atenção adequada para cada caso, além disso, são poucos enfermeiros nos andares de internação, o que pode comprometer a qualidade de preenchimento do *checklist* como um todo. As causas apontadas pelas entrevistadas e as de interpretação da pesquisadora foram esquematizadas em um Diagrama de Causa e Efeito (figura 17).

Figura 17 - Diagrama de Causa e Efeito: Assinatura



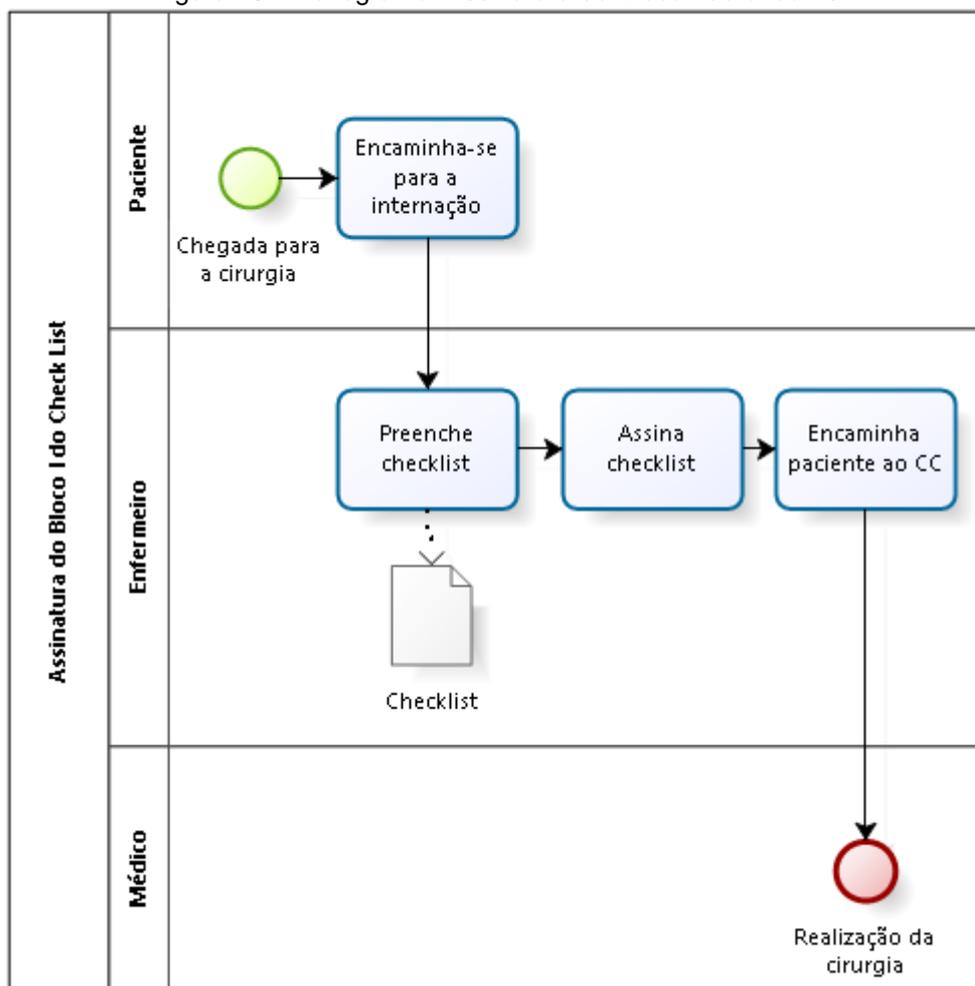
Fonte: elaborado pela autora.

Uma sugestão para a melhora do preenchimento da assinatura no curto prazo seria que o próprio enfermeiro que fez a análise do estado do paciente assinasse ainda no andar da internação, antes de todos os pacientes serem levados para o bloco

cirúrgico. Sendo assim, inicialmente, o fluxo de processo, representado na figura 18, seria: paciente é internado, em seguida o primeiro bloco do *checklist* é completado na própria internação, inclusive com a assinatura, e, por fim, o paciente é levado para o centro cirúrgico junto com o *checklist*.

No médio prazo, é de suma importância buscar amenizar a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. Para isso, é fundamental ter mais enfermeiros nos andares de internação. Tal situação também leva a um delicado trabalho de sensibilização da alta gestão. Uma das entrevistadas sugeriu que seria ideal a contratação de padioleiros, os quais são responsáveis apenas pelo transporte de pacientes na maca e que constituem uma mão de obra relativamente mais barata do que a de enfermeiros. Dessa forma, seria possível que mais enfermeiros ficassem apenas na internação, diminuindo a sobrecarga de trabalho.

Figura 18 - Fluxograma: Assinatura do Bloco I do *checklist*



Fonte: elaborado pela autora.

O indicador sugerido para avaliar a melhora deste item ao longo do tempo é a quantidade de cirurgias realizadas com o item assinatura completo sobre o número de cirurgias realizadas:

$$I_3 = \frac{\text{Cirurgias com checklists assinados}}{\text{Total de checklists}}$$

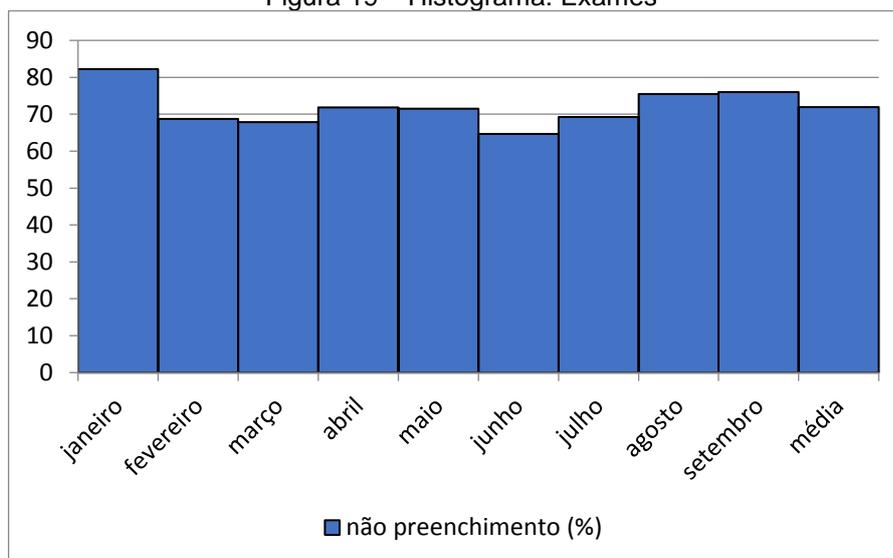
Segundo a supervisora do centro cirúrgico, o campo em questão não é muito necessário, porque é possível descobrir quem fez o quê por meio de um rastreamento da distribuição diária de atividades, então seria um campo passível de ser retirado do *checklist*. Nesse sentido, seria interessante que houvesse uma reunião entre o Núcleo de Segurança e o Centro Cirúrgico para rever, novamente, os itens que são passíveis de serem retirados ou não.

#### 4.2.3 Exames

Os exames são requeridos pelo médico no dia em que o pedido da cirurgia é feito e são fundamentais para o trabalho do cirurgião e do anestesista. Podem, inclusive, funcionar como um respaldo para o hospital caso complicações durante a cirurgia ocorram. Exemplo: o cirurgião pode atingir certa parte do corpo, como veias e artérias, contudo, como respaldo, elas não tinham sido detectadas na realização do exame pré-operatório, então ele não tinha como saber de fato.

Tal item possui uma alta porcentagem de não preenchimento, isto é, uma média de 71,95%, como pode ser observado no histograma deste item em questão (figura 19).

Figura 19 – Histograma: Exames



Fonte: elaborado pela autora.

Assim como o termo de consentimento, os exames são verificados duas vezes em momentos diferentes do *checklist*: no primeiro e no segundo bloco. Apesar de o objetivo inicial ser o de entender o baixo preenchimento do item exames no primeiro bloco, as entrevistadas, naturalmente, apontaram causas e sugestões para ambos. Sendo assim, os resultados apresentados aqui são aplicáveis para os dois momentos de preenchimento.

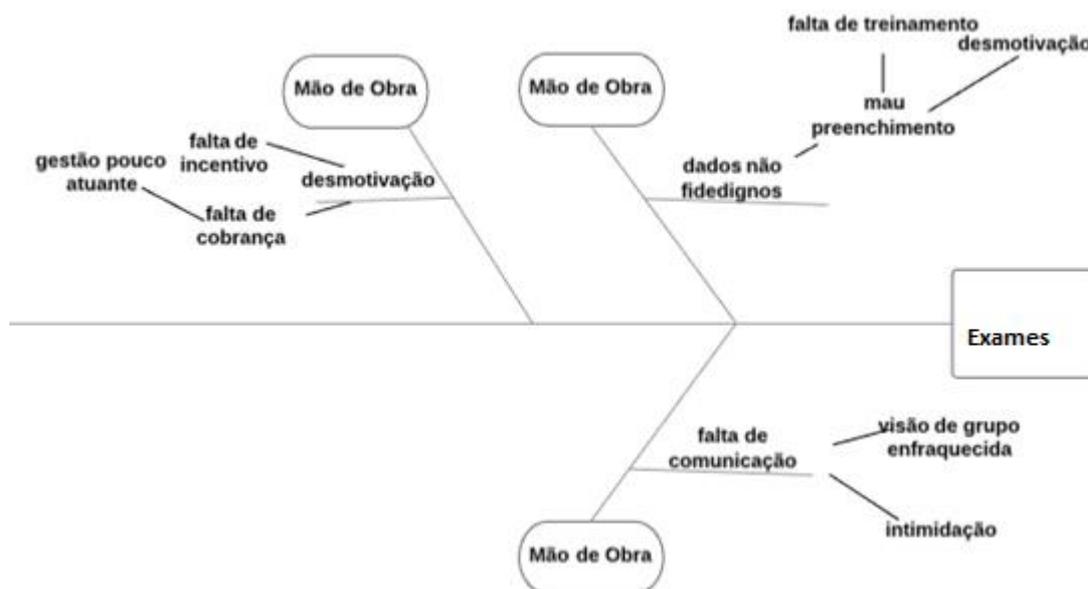
Uma das entrevistadas afirmou que algumas vezes os pacientes são muito humildes e não entendem o fato de o exame estar no prontuário eletrônico, eles apenas se lembram de ter feito, mas não sabe em que lugar se encontra. Contudo, é necessário observar.

Para as entrevistadas, tal dado não é fidedigno porque praticamente todos os pacientes têm exames, o que pode estar acontecendo é mau preenchimento por dos enfermeiros que recepcionam o paciente no centro cirúrgico e do coordenador do *checklist*. A maioria dos exames fica no prontuário eletrônico, os que não ficam costumam ser os exames de imagem e de sangue.

Outra causa apontada seria a falta de comunicação da equipe, pois o coordenador da verificação, no caso da organização estudada, o circulante, poderia perguntar sobre a existência ou não de exames para o cirurgião, anestesista ou paciente, mas pode ser que ele não se sinta confortável com isso. Por último, pode ser que exista

certa desmotivação do profissional em questão, justamente pelo fato de que ele tem a possibilidade verificar a situação dos exames no prontuário eletrônico ou perguntar para uma das três pessoas apontadas, o que seria bem mais simples. As causas apontadas e as de interpretação da pesquisadora foram retratadas na figura 20.

Figura 20 - Diagrama de Causa e Efeito: Exames



Fonte: elaborado pela autora.

Diante de tal contexto, deve-se trabalhar na conscientização da importância de preencher um *checklist* corretamente, talvez até mesmo utilizando a presente pesquisa. Além de ser importante para a segurança do paciente, ter um *checklist* corretamente preenchido auxilia o hospital na identificação de pontos críticos que em seguida, podem virar alvo de melhorias. Por fim, deve-se trabalhar na comunicação da equipe, os profissionais devem sentir liberdade de fazer indagações uns aos outros. O indicador para verificar a melhora deste item é analisar a quantidade de marcação do item exames dos *checklists* feitos sobre a quantidade total de cirurgias realizadas.

$$I_4 = \frac{\text{Número de checklists com o campo "exames" preenchido}}{\text{Total de checklists}}$$

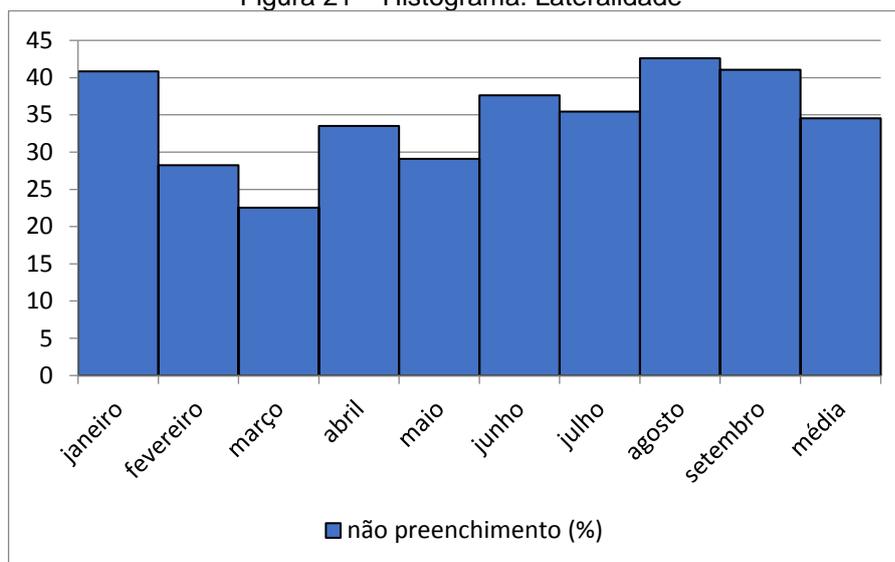
#### 4.2.4 Marcação da lateralidade

O corpo humano possui órgãos duplos e membros iguais, exemplos: pulmões e pernas. É necessário marcar a lateralidade quando o local a ser operado englobe algum dos dois grupos citados. Sendo assim, caso o paciente for operar a mão esquerda, ela deve receber uma marcação em formato de alvo para evitar que a direita seja operada por engano. Segundo uma das entrevistadas, marcar a lateralidade é uma atribuição própria do cirurgião.

Por muito tempo, ao invés do alvo, os médicos eram orientados a marcar um “X” no lado da operação, contudo, em muitos casos, tal orientação trouxe ainda mais problemas, pois algumas pessoas entendiam o “X” como o lugar errado e outras entendiam como o lugar certo a ser operado. Dessa forma, convencionou-se usar o formato de um alvo. Através de uma atividade tão simples como a citada, consegue-se evitar que a cirurgia ocorra no órgão duplo errado ou no membro errado. Tal falha geraria prejuízos tanto para o paciente como para o hospital. Apesar de sua notória importância, dos *checklists* preenchidos, 34,54% estão em branco neste quesito. A evolução frequência de marcação da lateralidade pode ser acompanhada no histograma feito (figura 21).

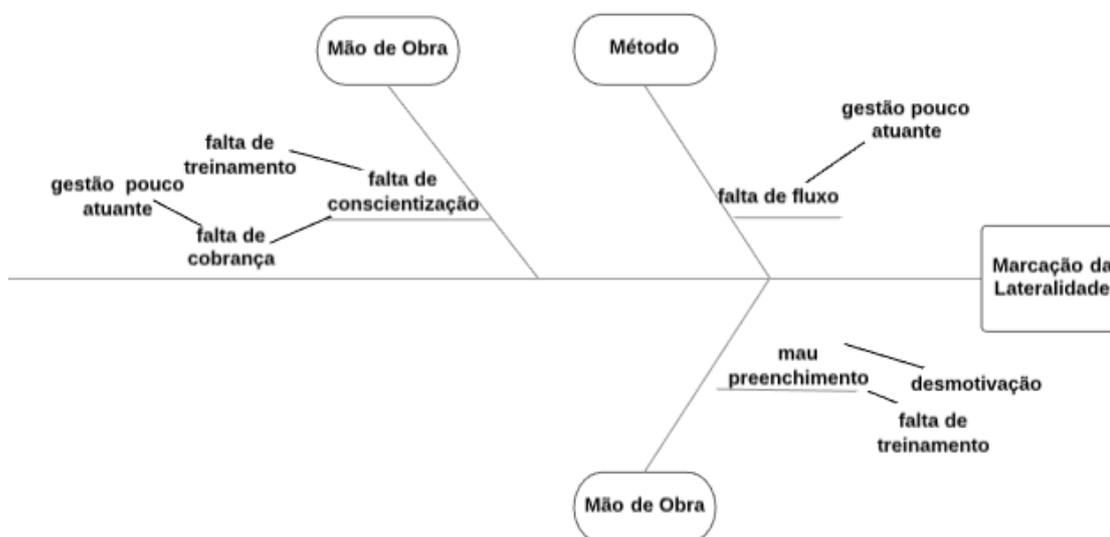
Segundo todas as profissionais, a maioria das cirurgias não requer que a lateralidade seja marcada, sendo assim, deveria ser marcado o campo “NA”, ou seja, não se aplica. Contudo, uma delas afirmou que é possível que muitos circulantes não entendam o que significa tal sigla. Além disso, muitos circulantes sabem que o cirurgião simplesmente não marcou, por isso deixam em branco. Em suma, seria apenas uma questão de mau preenchimento.

Figura 21 – Histograma: Lateralidade



Fonte: elaborado pela autora.

Figura 22 - Diagrama de Causa e Efeito: Marcação da Lateralidade



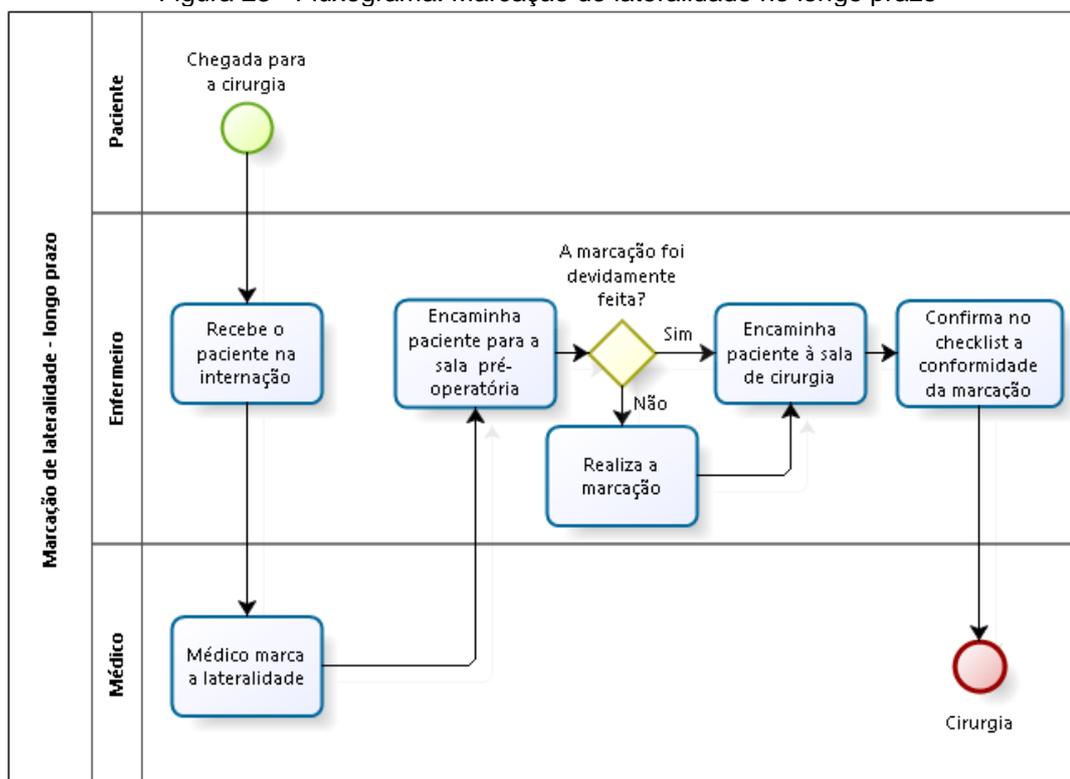
Fonte: elaborado pela autora.

Além disso, há falta de conscientização por parte da equipe médica, a qual é responsável por fazer tal marcação. Uma das entrevistadas fez a seguinte afirmação: “a gente não consegue entender, mas muitos médicos se recusam a fazer (marcar a lateralidade)”, ela também acrescentou que tal situação já foi passada para a direção, mas nenhum retorno foi dado. Outra causa apontada é o fato de não existir um momento pré-determinado para realizar a marcação, falta estabelecer um fluxo para muitos pontos do *checklist*. Tais causas citadas e as de interpretação da pesquisadora estão descritas na figura 22.

Uma solução em curto prazo apontada pela a supervisora do centro cirúrgico seria a de marcar a lateralidade na própria sala de cirurgia, antes da indução anestésica, ou seja, utilizar o momento destinado a conferir para marcar de fato. Para isso, é necessário conscientizar o cirurgião de que a responsabilidade pela marcação é dele e de que é uma forma de evitar erros que ele mesmo pode cometer.

No longo prazo, seria ideal que o médico admitisse os seus pacientes na internação e já marcasse a lateralidade junto com o eles na própria internação, pois, segundo uma das entrevistadas, é isso o que acontece em hospitais renomados do mundo todo. Em seguida, seria feita uma confirmação no momento em que o paciente entra no centro cirúrgico (sala pré-operatória), caso, por algum motivo, não houvesse marcação, marcar nesse momento, por fim, checar novamente antes da indução anestésica, conforme orienta o *checklist*. Tal fluxo de processo é representado na figura 23.

Figura 23 - Fluxograma: Marcação de lateralidade no longo prazo



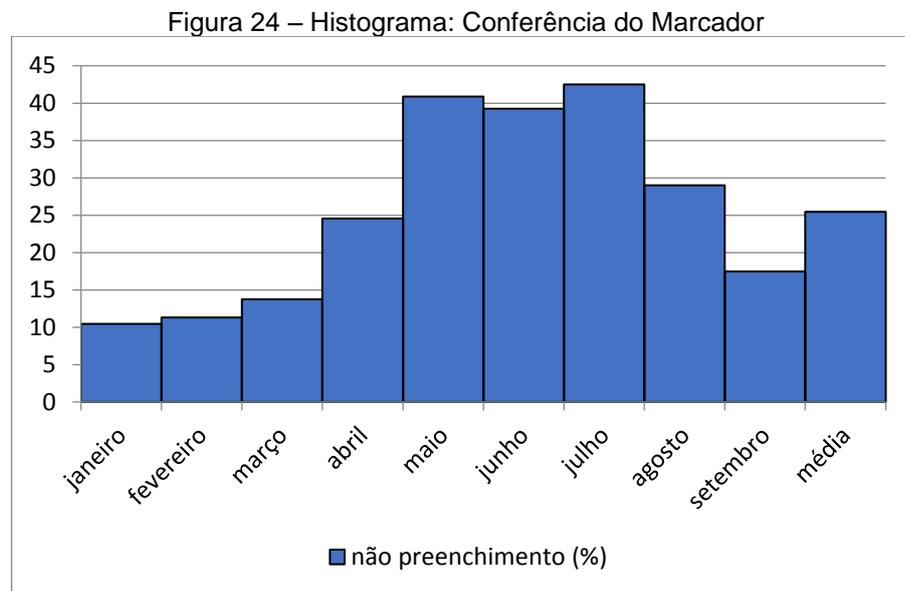
Fonte: elaborado pela autora.

O indicador sugerido para o acompanhamento da evolução deste item é: cirurgias feitas no lado correto do paciente sobre a quantidade total de cirurgias realizadas.

$$I_4 = \frac{\text{Cirurgias feitas do lado correto do paciente}}{\text{Total de cirurgias realizadas}}$$

#### 4.2.5 Conferência do Marcador

Segundo as entrevistadas, o marcador é muito importante, pois pode evitar infecções no paciente. Uma delas o definiu como “papelzinho dentro da bandeja dizendo que aquela bandeja foi esterilizada. Ele te dá a segurança de que aquela bandeja foi esterilizada”. A bandeja é o recipiente em que ficam os instrumentais e ao ser colocado nela, o marcador pode reagir mudando de cor, o que informa se o material está estéril ou não. Na análise feita dos *checklists* preenchidos, em 25,46% dos casos as cirurgias foram feitas sem a confirmação da presença do marcador. Nota-se, pelo histograma feito (figura 24), que há meses com maior discrepância, como maio, junho e julho.



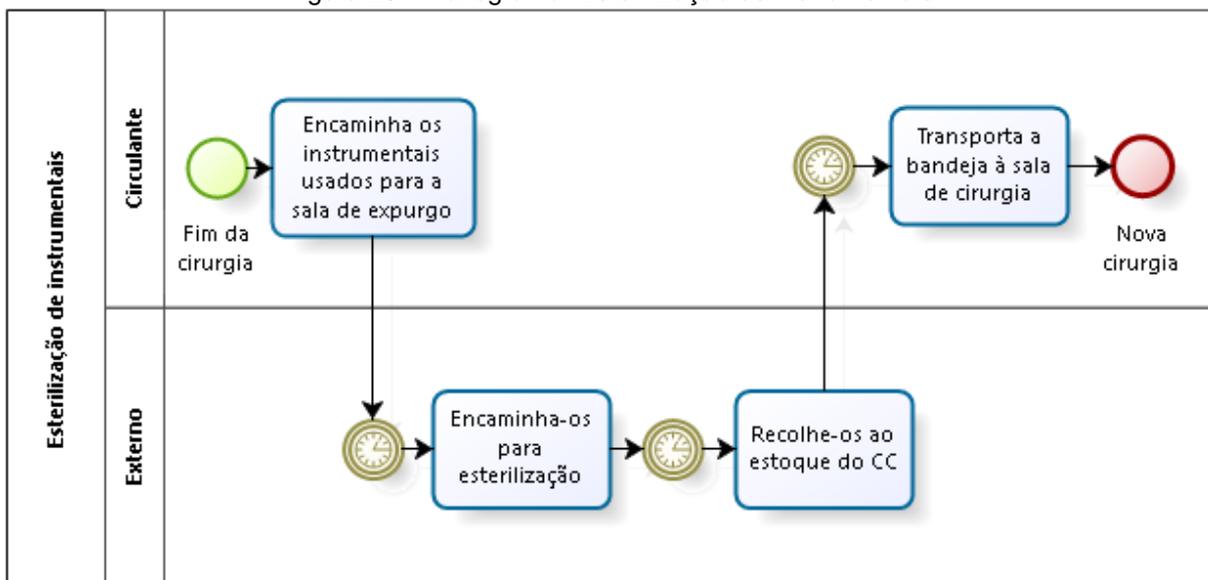
Fonte: elaborado pela autora.

A esterilização dos instrumentais é feita pelo CME, Centro de Material e Esterilização, o qual é um setor do próprio hospital e é composto por enfermeiros e técnicos treinados na área. É interessante falar que há sempre um funcionário do Centro Cirúrgico escalado para resolver questões externas ao setor. Sendo assim, caso existam questões a serem resolvidas em outros setores do hospital, nenhum

funcionário do Centro Cirúrgico precisará tirar e colocar os adornos necessários para a permanência no Centro Cirúrgico várias vezes.

Já há um fluxo determinado para as atividades relacionadas ao marcado, o qual está representado na figura 25 abaixo. Após a cirurgia, os instrumentais usados são levados pelo circulante para uma sala dentro do Centro Cirúrgico chamada de expurgo, em seguida, o funcionário escalado para resolver questões externas leva os instrumentais do expurgo para o CME, lugar em que os instrumentais passam por todo o processo de esterilização, por fim, dias depois, a pessoa escalada no externo busca as bandejas e as guarda no estoque do Centro Cirúrgico. Antes da cirurgia o circulante busca todos os materiais, inclusive a bandeja com o marcador e prepara toda a sala de operação. A presença ou não do marcador deveria ser conferida no *check in*.

Figura 25 - Fluxograma: Esterilização de instrumentais



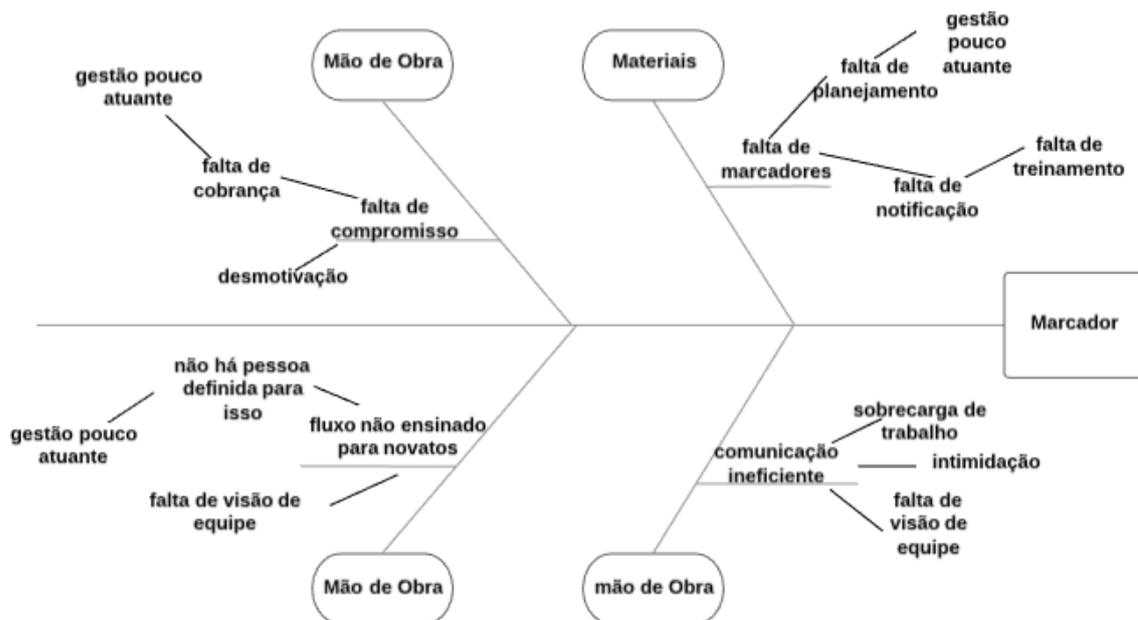
Fonte: elaborado pela autora.

Entre as causas apontadas para o não preenchimento do item está o fato de que há épocas em que falta o marcador, que, provavelmente são os meses de pico observados no histograma. Dessa forma, acontece de apenas uma bandeja de um ciclo inteiro vir com o marcador, representando, assim, o ciclo todo. Segundo uma das entrevistadas, é obrigatório que todas as bandejas tenham o marcador. Tal situação dificulta a conferência de maneira correta.

Além disso, há uma notória falta de comunicação na equipe: o circulante deveria perguntar para o instrumentador ou o instrumentador deveria avisar para o circulante sobre o marcador. Algo que pode contribuir para tal situação é uma sobrecarga de trabalho em relação ao circulante: o circulante é quem coordena o preenchimento do *checklist* e quem organiza toda a sala para a cirurgia. Segundo uma das entrevistadas, o momento de início da cirurgia é muito rápido, pois é necessário cuidar do paciente, preparar o material e buscar itens que estão faltando, “então pela correria a pessoa não pergunta”.

Segundo uma das entrevistadas, “ele deixa em branco porque ele não foi lá ver se tinha” e “ele não quer marcar nem que sim nem que não porque ele não sabe”, caso semelhante aos exames. Nesse sentido, o cerne da questão seria a falta de comprometimento. Por fim, foi apontado que “a rotatividade é grande e essas coisas (rotina) não são passadas para eles, então acaba que cada um faz do jeito que acha que é certo”. Outra entrevistada afirmou que, de maneira geral, os funcionários mais recentes no centro cirúrgico são os que menos fazem os procedimentos relacionados ao *checklist*, ou seja, falta transmitir as rotinas para os novatos.

Figura 26 - Diagrama de Causa e Efeito: Marcador



Fonte: elaborado pela autora.

As causas apontadas e as de interpretação da pesquisadora estão representadas no Diagrama de Causa e Efeito (figura 26). Diante de tal contexto, uma estratégia interessante no curto prazo seria sensibilizar o instrumentador no sentido de ele

tomar a iniciativa de avisar ao circulante sobre a presença ou falta do marcador. Somado a isso, poderia ser criado um campo no *checklist* só para a colocação do marcador, visto que ele já vem com cola e que alguns funcionários já fazem isso.

É necessário estabelecer pessoas específicas, que já fazem o *checklist* adequadamente, para serem responsáveis por passar os conhecimentos acerca da cirurgia segura para os novos servidores do centro cirúrgico. Além disso, trabalhar na comunicação da equipe, pois é necessário “envolver todo mundo que faz parte do processo”. Uma estratégia para o médio prazo seria a sensibilização da alta gestão para que sejam garantidas as quantidades suficientes de marcadores.

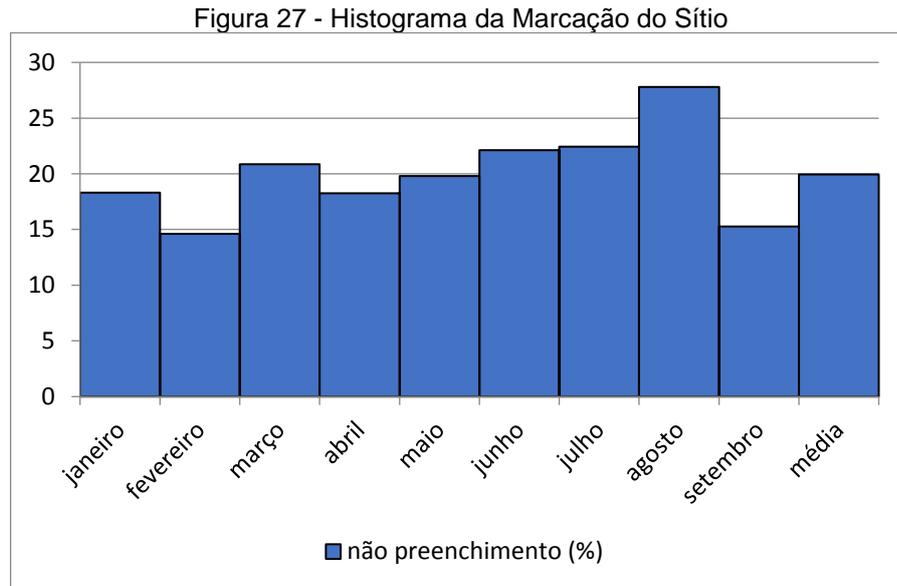
O indicador para futuras análises da evolução deste item é o de total de bandejas com marcador válido dividido pelo número total de cirurgias.

$$I_5 = \frac{\text{Número de bandejas utilizadas com marcador válido}}{\text{Total de cirurgias realizadas}}$$

#### 4.2.6 Marcação do Sítio

Em relação à marcação do sítio, foram obtidas respostas semelhantes nas entrevistas: “mesma coisa da lateralidade” e “mesma coisa (da lateralidade), ao invés do lado, é o local propriamente dito, só que a lateralidade é mais importante”. Além disso, uma delas informou que é raro precisar marcar, porque “o médico não precisa marcar a vesícula, porque ele sabe onde ela fica”. Dessa forma, seria interessante utilizar as mesmas sugestões feitas em relação à marcação da lateralidade para a marcação do sítio.

Apesar de existir a opção “não se aplica”, quase 20% dos *checklists* feitos não possuem marcação no quesito sítio. A evolução de tal situação pode ser vista no histograma feito (figura 27).



Fonte: elaborado pela autora.

O indicador sugerido para futuras avaliações da evolução da marcação do sítio é:

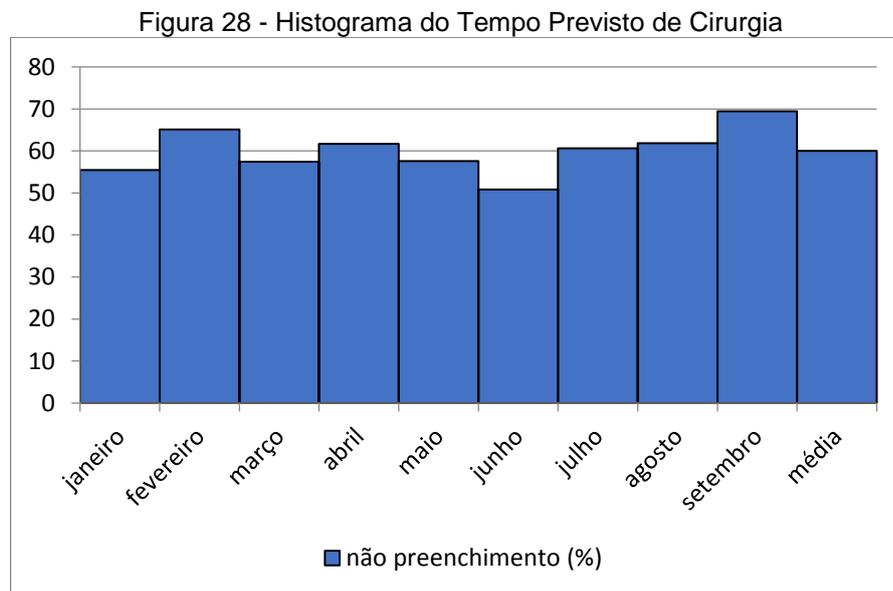
$$I_6 = \frac{\text{Número de marcações feitas corretamente}}{\text{Total de cirurgias realizadas}}$$

#### 4.2.7 Tempo previsto de cirurgia

Calcular o tempo previsto de cirurgia é fundamental. Em relação ao cuidado do paciente, tal item auxilia na prevenção de úlceras por pressão, as quais são causadas pelo fato de o paciente ficar muito tempo na mesma posição. Geralmente as úlceras por pressão acontecem em pessoas muito magras, desnutridas, em tratamento de câncer ou nas que são submetidas a uma gastrectomia, pois é uma cirurgia de longa duração.

Além disso, é importante porque facilita a programar aquela cirurgia em todos os sentidos: tempo de utilização das salas de operação, reserva de espaço na sala de recuperação, preparação para o momento da troca de plantão, planejamento de materiais e uso da anestesia, pois “tem uma dose x para uma cirurgia x e uma dose 2x para uma cirurgia 2x”.

Segundo uma das entrevistadas, há poucos meses um paciente começou a desenvolver uma úlcera por pressão nos calcanhares, pois o ele tinha a pele mais fragilizada e a cirurgia era de longa duração. Sendo assim, ainda segundo ela, muito mais importante do que saber o tempo que certa cirurgia durará, é saber o que fazer com tal informação: “é necessário saber o que fazer para evitar tais situações (úlceras por pressão) como proteger algumas regiões”. Apesar da sua importância, 60% dos *checklists* feitos não possuem o tempo previsto de cirurgia indicado, como pode ser visto na figura 28.



Fonte: elaborado pela autora.

Duas causas básicas para o não preenchimento do tempo previsto de cirurgia foram apontadas. A primeira delas está relacionada à falta de comunicação da equipe, o que pode estar sendo gerada por vergonha por parte do circulante em questionar o cirurgião, “pode ser que eles (os circulantes) não se sintam parte da equipe”. A segunda causa está relacionada à experiência de muitos circulantes. Por já estarem envolvidos em cirurgias há muitos anos, muitos deles já sabem o tempo previsto de determinado tipo de cirurgia, então nem perguntam e, conseqüentemente, não preenchem. As causas já descritas e as de interpretação da pesquisadora estão representadas no Diagrama de Causa e Efeito (figura 29).

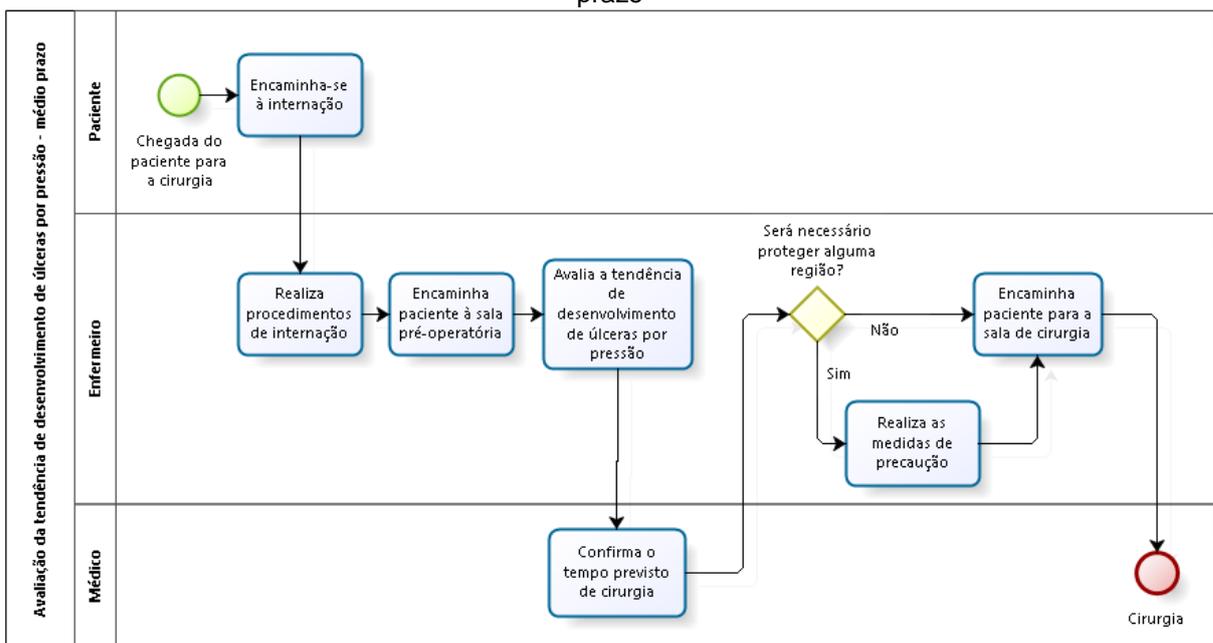
Figura 29 - Diagrama de Causa e Efeito: Tempo Previsto de Cirurgia



Fonte: elaborada pela autora.

Uma sugestão para o curto prazo seria trabalhar na integração e na conscientização da equipe como um todo. Já no médio prazo, por sua vez, seria ideal avaliar o paciente em relação à tendência de ele desenvolver úlceras por pressão. Apesar de não ser o objetivo do item “tempo”, tal problemática é de suma importância, sendo assim, foi feito um fluxo para abordá-la também (figura 30). A avaliação poderia ser feito por um enfermeiro enquanto o paciente está na sala pré-operatória, em seguida, o profissional confirmaria com o cirurgião quanto tempo durará a cirurgia e, por fim, ele analisa se será necessário proteger alguma região ou não, caso seja, ele tomará as devidas precauções.

Figura 30 - Fluxograma: Avaliação de tendência de desenvolvimento de úlcera por pressão no médio prazo



Fonte: elaborado pela autora.

Segundo uma das entrevistadas, a atividade da avaliação do estado do paciente em relação às úlceras por pressão é privativa do enfermeiro e é ainda mais certa quando o profissional é do próprio centro cirúrgico, pois ele possui mais qualificações para isso. Por fim, o indicador sugerido para acompanhar a evolução do item é:

$$I_7 = \frac{\text{Número de checklists com o item preenchido}}{\text{Total de checklists}}$$

#### 4.2.8 Reserva de UTI

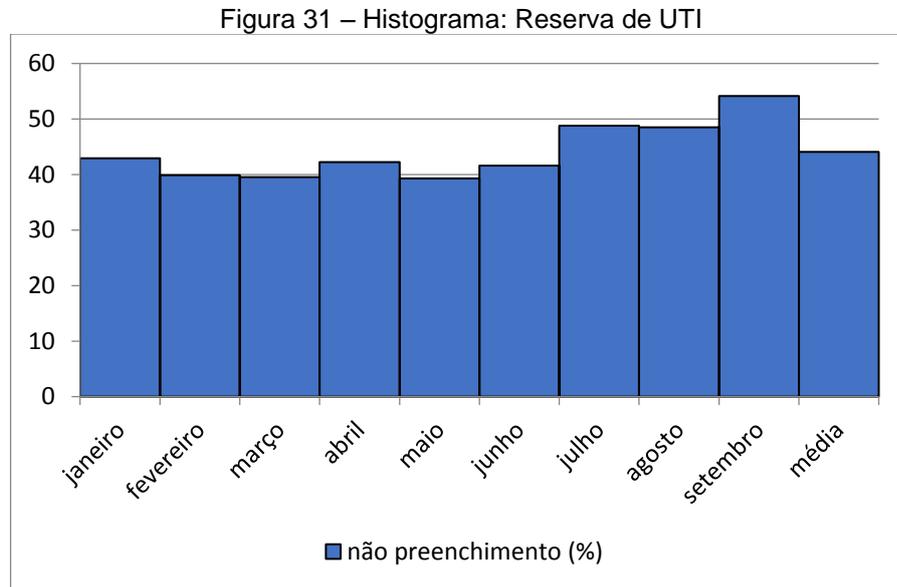
Dependendo do caso do paciente, é de suma importância que ele vá para a UTI depois da cirurgia. Geralmente são pacientes em estados mais críticos ou que foram submetidos a cirurgias perigosas. Uma das entrevistadas lembrou que “é um *checklist*, você só está conferindo, isso provavelmente já aconteceu, já foi pensado, não é planejamento”.

O momento de marcar o item sobre a reserva de UTI não é o momento adequado para analisar a se há a necessidade ou não. Tal análise já é feita pelo médico antes, no dia em que ele pede a cirurgia, e ele próprio é quem faz o pedido de reserva. Inclusive, a informação de que determinada cirurgia tem UTI agendada já sai no próprio mapa cirúrgico. Mesmo com o planejamento prévio, dos *checklists* preenchidos, mais de 40% possuem o ponto em branco, tal situação pode ser melhor vista na figura de número 31.

Apesar de o pedido ser feito com antecedência, não é garantido que realmente haverá um leito na UTI disponível. Há dois leitos da UTI reservados para cirurgias eletivas, contudo, já aconteceu na organização estudada de todo o Centro Cirúrgico ser fechado e todas as cirurgias serem canceladas para que o espaço sirva de UTI para um caso muito urgente em que não havia disponibilidade na UTI. Segundo as entrevistadas, é o único hospital que elas conhecem que faz isso.

Todas elas afirmaram que mau preenchimento provavelmente influencia bastante nos resultados do item em questão, pois na grande maioria dos casos não é

necessário reservar UTI. Apesar de ter a opção “NA”, ou seja, não se aplica, muitos circulantes apenas deixam o espaço em branco.



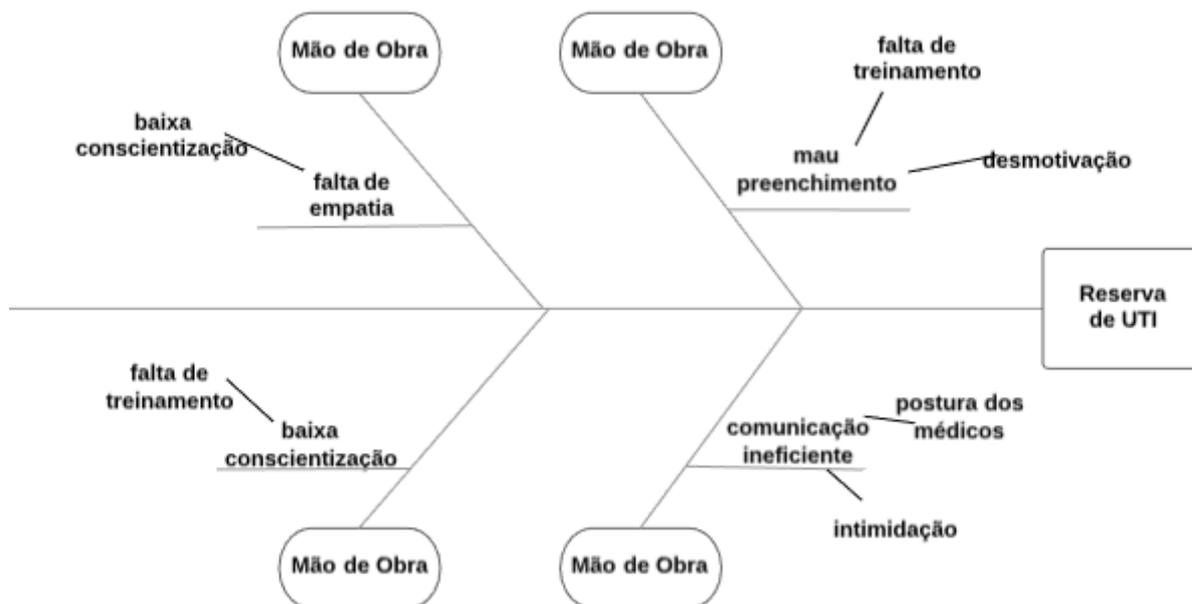
Fonte: elaborado pela autora.

Outra causa apontada foi a falta de comunicação. Para elas, o circulante pode não perguntar pela falta de conscientização dele ou porque, muitas vezes, há resistência dos médicos em dar informações, o que intimida enfermeiros e técnicos. Uma das entrevistadas afirmou que falta empatia, ou seja, colocar-se no lugar do paciente. Todas as causas citadas e as de interpretação da pesquisadora estão representadas na figura 32.

Assim como em outros itens, é de suma importância ter mais treinamentos em relação à forma correta de preenchimento do *checklist*, além do efetivo entrosamento e conscientização da equipe. Sem esses três pilares será difícil melhorar a qualidade do preenchimento. Em relação ao médio prazo, deve-se buscar conscientizar a alta direção da necessidade de sempre ter leitos de UTI disponíveis para uso do Centro Cirúrgico. O indicador indicado seria: quantidade do item UTI marcado dividido pelo número total de cirurgias do mesmo período.

$$I_8 = \frac{\text{Número de checklists com o item preenchido}}{\text{Total de checklists}}$$

Figura 32 - Diagrama de Causa e Efeito: Reserva de UTI



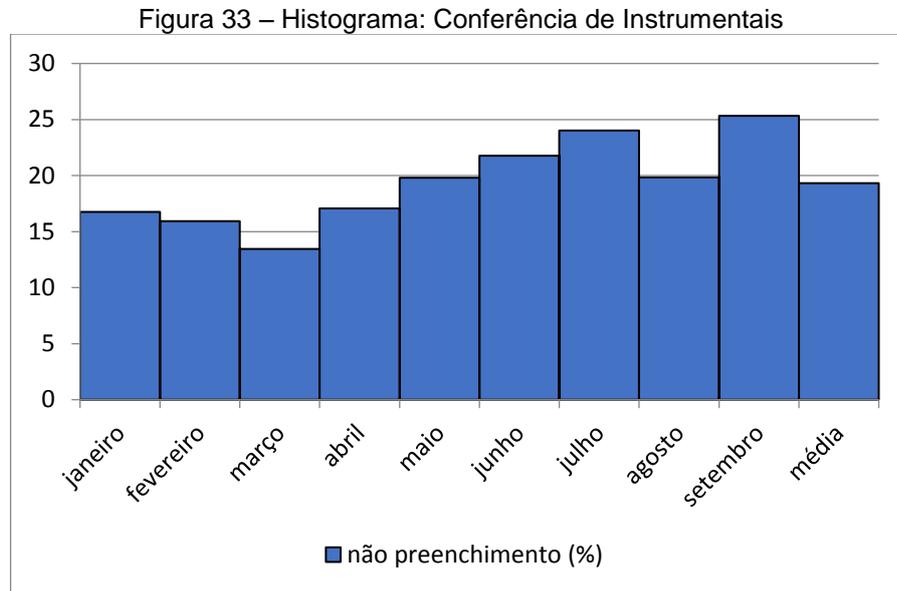
Fonte: elaborado pela autora.

#### 4.2.9 Contagem de instrumentais

Ao longo de uma cirurgia, uma quantidade considerável de instrumentais pode ser utilizada. Sendo assim, pode acontecer de algum deles ser esquecido dentro de algum paciente. Contar os instrumentais é papel do instrumentador juntamente com o circulante. É interessante observar o instrumentador sabe o tempo cirúrgico de tudo, ou seja, durante a cirurgia, ele sabe qual é momento adequado para dar determinado instrumento. Só ele pode tocar na mesa em que ficam os instrumentais, além disso, ele só entrega algum instrumento para o cirurgião depois que o cirurgião tiver devolvido o que estava sendo utilizado antes.

Como pode ser observado na figura 33, dos *checklists* feitos, quase 20% possuem o ponto da confirmação da quantidade de instrumentais não foi feita. Dentre as causas apontadas para o baixo número de preenchimento, está o baixo índice de esquecimento de instrumentais dentro de pacientes. Segundo as entrevistadas, é raro acontecer de instrumentais serem esquecidos dentro de pacientes porque os materiais são grandes. Sendo assim, é mais comum que isso ocorra em cirurgias

muito grandes, ou seja, quando todo o abdome é aberto. Além disso, é mais fácil que isso ocorra com compressas e gazes, porque elas são menores.

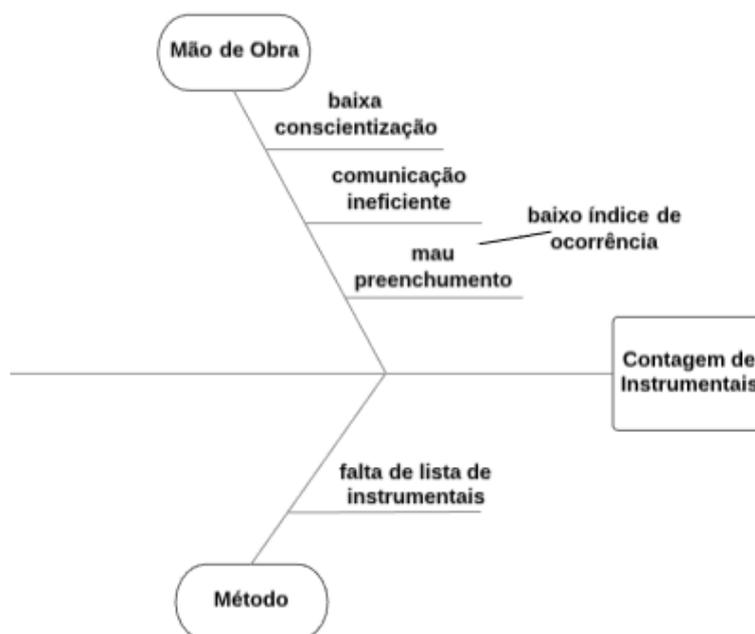


Fonte: elaborado pela autora.

Outra causa apontada é que não há uma lista com os instrumentais presentes em cada bandeja: “não sabe exatamente o que vem, então não tem como conferir”. Tal lista seria uma espécie de *checklist* para o instrumentador. Segundo uma das entrevistadas, todos os hospitais privados em que ela trabalhou possuem uma lista com o nome dos instrumentais presentes na bandeja. Contudo, é importante afirmar que o CME já está providenciando tal lista. Diante de todas as causas citadas e de interpretações feita pela pesquisadora, foi feito um Diagrama de Ishikawa (figura 34).

Sendo assim, uma solução seria conscientizar o instrumentador da importância da confirmação dele. Apesar de poucos casos, há relatos nacionais e internacionais de esquecimento de instrumentais dentro de pacientes. Como o coordenador da lista é o próprio circulante, ele já tem muitas atividades para fazer ao mesmo tempo. Sendo assim, caberia ao instrumentador avisar sobre a presença ou não de marcador, bem como fazer a contagem dos instrumentais e avisar para quem está responsável pelo *checklist*. Tal atividade será facilitada pela lista que está sendo preparada pelo CME, contudo, será preciso outro trabalho de conscientização para colocá-la em prática.

Figura 34 - Diagrama de Causa e Efeito: Contagem de Instrumentais



Fonte: elaborado pela autora.

O indicador sugerido para acompanhar tal item é: quantidade de vezes em que o item da contagem de instrumentais está marcado pelo número total de cirurgias no mesmo período.

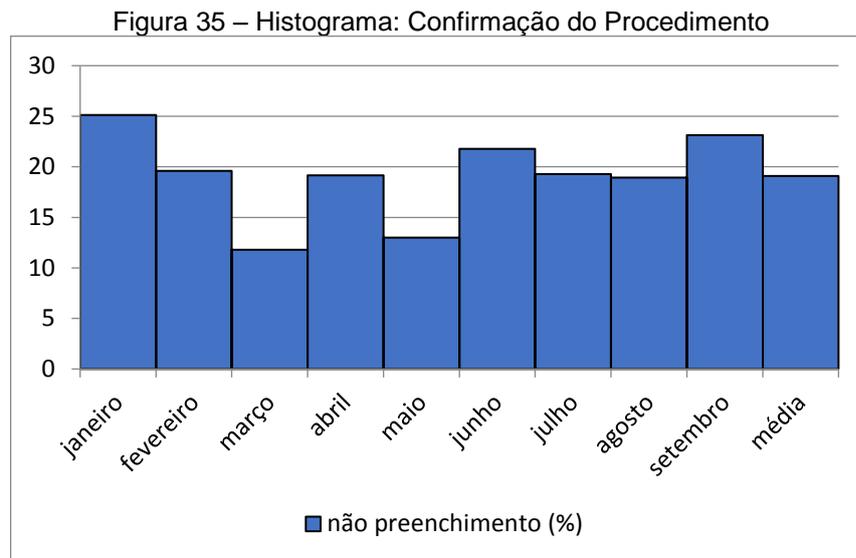
$$I_9 = \frac{\text{Quantidade de vezes em que o item da contagem de instrumentais está marcado}}{\text{Total de cirurgias}}$$

#### 4.2.10 Confirmação do procedimento realizado

É comum que o procedimento proposto inicialmente precise ser substituído por outro ao longo do ato cirúrgico. Sendo assim, o *check out* é o momento em que é confirmado se o procedimento cirúrgico proposto foi realmente o que foi realizado, exemplo: “uma laparoscopia da ‘gineco’ pode ser alterada para uma histerectomia, depende da situação e da observação do médico no momento”.

Saber qual procedimento foi realizado de fato é de suma importância para o paciente, porque pode ser que o pós-operatório seja completamente diferente, evitando, assim, muitas complicações. Além disso, é importante para a gestão do

Centro Cirúrgico, porque a cirurgia efetivamente feita pode ser mais cara, pode utilizar mais equipamentos e materiais do que a inicialmente proposta, sendo assim, facilita as atividades de controle. Apesar da importância, quase 20% dos *checklists* feitos não possuem este item marcado, como pode ser visto no histograma feito para representar a situação (figura 35).



Fonte: elaborado pela autora.

Apesar de ser uma atividade simples, falta conscientização e motivação: “muitas vezes, as pessoas não querem mesmo ou acham que não tem importância”. Além disso, há uma notável falta de comunicação: o circulante, que é quem coordena o *checklist*, precisa confirmar com o cirurgião qual procedimento realmente foi realizado. Tais causas e as de interpretação da pesquisadora estão representadas na figura 36. Sendo assim, sugere-se, mais uma vez, que a conscientização e a comunicação da equipe sejam trabalhadas.

Figura 36 - Diagrama de Causa e Efeito: Confirmação do Procedimento



Fonte: elaborado pela autora.

Seria interessante usar como indicador o número de complicações pós-cirúrgicas relacionadas ao fato de o procedimento planejado inicialmente foi alterado durante o ato cirúrgico dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mesmo período de análise.

$$I_{10} = \frac{\text{Complicações cirúrgicas relacionadas à mudança no procedimento}}{\text{Total de cirurgias}}$$

### 4.3 Análise da observação direta

Das oito cirurgias assistidas pela pesquisadora, nenhuma cumpriu as orientações dadas pelo manual do *checklist* da OMS. Por meio dele, sugere-se que todas as etapas sejam feitas em voz alta e com a participação da equipe. Contudo, o que ocorre, na prática, é que um bom tempo depois de iniciado o ato cirúrgico, o circulante preenche todo o *checklist* de uma só vez. Sendo assim, praticamente nada é conferido.

A pesquisadora presenciou um fato preocupante: ao final de uma histerectomia abdominal, na qual a paciente estava anestesiada apenas da cintura para baixo, o médico começou a colocar o *micropore* sobre os pontos para protegê-los. Contudo, a paciente viu e informou ao médico que ela era alérgica a *micropore*. Nesse

sentido, a anestesia tivesse sido geral, ela não teria sido capaz de dar tal informação, o que poderia trazer uma série de complicações pós-operatórias.

Outro fato preocupante é a falta de ar condicionado em todo o Centro Cirúrgico. As salas chegam a temperaturas muito altas, o que é agravado pelas roupas próprias para cirurgias que são relativamente grossas. A pesquisadora presenciou uma operação em que o cirurgião precisou amarrar um pedaço de pano na cabeça para que o seu suor não caísse dentro do abdome aberto de um paciente. Além disso, a estrutura física do Centro Cirúrgico em si está bem danificada, há infiltrações em vários lugares.

Corroborando com as observações feitas pela pesquisadora, uma das entrevistadas fez uma série de afirmações importantes: “o que acontece, ele senta lá, já rolou metade do *checklist*, aí ele senta e preenche de maneira automática”, “então aí perde a função, o objetivo, o propósito do *checklist*”, “não vai mudar porque as pessoas continuam fazendo tudo no automático, é só mais um papel que ele chega lá, senta nas horas do intervalo da cirurgia e preenche”, “aqui as pessoas se preocupam tanto com o papel e o que deveria ser realmente importante deixa de ser”, “só tem sentido existir um *checklist* se ele acontecer no tempo correto”.

Observou-se também que há, sim, profissionais comprometidos e sensibilizados com a questão da segurança do paciente cirúrgico, porém em menor número. Logo, a iniciativa já tem surtido efeito, mas não no grau desejado ainda.

Sendo assim, nota-se que os funcionários do hospital estudado ainda não compreenderam a real importância do preenchimento adequado do checklist cirúrgico, pois ele deve ser feito nos momentos adequados para cada item. Como já foi visto no referencial teórico, é necessário ter um envolvimento efetivo de todos os funcionários para que haja uma qualidade em saúde significativa. Contudo, a falta de acompanhamento da alta gestão, bem como problemas estruturais, afeta grandemente a motivação dos servidores. É necessário realizar mais treinamentos, envolver a gestão do hospital na temática de segurança, buscar meios de integrar a equipe cirúrgica e melhorar a comunicação interna.

## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante de um contexto conturbado relacionado à segurança do paciente cirúrgico no mundo todo, como apontado por uma série de estudos, como o relatório *To Err is Human*, do *Institute of Medicine* do EUA, o Governo brasileiro, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente, determinou a criação de Núcleos de Segurança do Paciente em todos os serviços de saúde do país. Uma das metas passadas é a de assegurar cirurgias seguras. Nesse sentido, o presente estudo buscou auxiliar o hospital estudado no planejamento de tal meta para que ela seja, de fato, atingida.

Para o auxílio no planejamento, três objetivos específicos foram definidos. O primeiro foi o de fazer uma avaliação do andamento da meta, para isso, analisou-se *checklists* e diversos documentos, além de ter sido feita uma observação sistemática. Em segundo lugar, buscou-se, por meio de entrevistas, identificar as causas do mau preenchimento dos *checklist*, bem como da sua baixa adesão. Além disso, foi elaborado um plano de ação adaptado à realidade da organização.

No tocante ao primeiro objetivo, constatou-se que a taxa de adesão ao *checklist* ainda não está no patamar desejado. Em relação aos preenchidos, muitos possuem vários itens que ficam em branco ou que não são verdadeiramente checados, nota-se uma má marcação dos itens por parte dos coordenadores do *checklist*. Por meio da observação sistemática, constatou-se que os *checklists* não são preenchidos da maneira correta segundo o manual da OMS, principalmente porque as pausas cirúrgicas não acontecem de fato. Dessa forma, ele virou apenas mais um documento a ser preenchido e não uma ferramenta capaz de auxiliar a equipe cirúrgica a evitar eventos adversos.

As causas apontadas para a não adesão e para a baixa qualidade do preenchimento dos *checklists* foram basicamente as mesmas. As principais são: baixo número de treinamentos, falta conscientização, desmotivação, baixa participação dos gestores, falta de comunicação e espírito de equipe, falta de insumos, entre outras. Os planos

de ação traçados tomaram como referência as causas de cada item do *checklist* selecionado pela análise de Pareto. Sugere-se que O Núcleo de Segurança do Paciente e o Centro Cirúrgico elaborem um 5W2H para um planejamento mais específico.

Além disso, com o objetivo de embasar o planejamento da meta relacionada à melhoria da segurança cirúrgica, elaborou-se um referencial teórico, o qual abarcou temas como: Gestão da Saúde Pública no Brasil, Gestão da Qualidade, Ferramentas da Qualidade e Gestão da Qualidade na Saúde. Sendo assim, o plano de ação traçado para cada item do *checklist* seguiu conhecimentos científicos, como o Ciclo PDCA e as ferramentas da qualidade. Por fim, os indicadores montados foram os que mais se adequaram à realidade da organização.

Notou-se uma desmotivação considerável em relação ao preenchimento do *checklist* cirúrgico. Tal situação está relacionada, principalmente, à falta de conscientização da importância do tema, falta de uma gestão mais atuante e poucos treinamentos. A equipe, de maneira geral, possui dificuldades de comunicação e de trabalho em conjunto, o que é essencial para a melhoria da qualidade em saúde. Além disso, a estrutura física do hospital está extremamente debilitada, o que não contribui para a segurança dos pacientes de maneira de geral.

Diante do apresentado, todos os objetivos propostos foram alcançados. Entretanto, a presente pesquisa limitou-se a fazer uma análise apenas da organização estudada. Dessa maneira, os resultados encontrados e os planos de ação traçados não podem ser generalizados a outras organizações hospitalares, pois seus contextos podem ser diferentes. Por fim, outra limitação encontrada foi a falta de estudos e materiais referentes ao planejamento de metas em organizações hospitalares públicas, sendo assim, há certa dificuldade em estabelecer parâmetros de comparação.

Sendo assim, esta pesquisa contribui com a academia no sentido de auxiliar na diminuição da defasagem de uma lacuna científica. Como medidas futuras, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas em diferentes organizações hospitalares, sendo aprofundadas, além do atingimento de metas, questões de motivação, conscientização, trabalho em equipe e relacionamento com a alta gestão. Além

disso, pode-se elaborar outra pesquisa que utilize mais aspectos da administração da produção no sentido de detecção ou prevenção de falhas, como o FMEA ou árvore de falhas.

Ainda que em escala menor, foi possível observar que há profissionais realmente comprometidos com a questão da segurança do paciente cirúrgico. Sendo assim, pode-se considerar que avanços já foram feitos. Contudo, há ainda muito a ser feito no sentido de conscientizar organizações e profissionais a respeito da importância do cuidado seguro.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, S; **Integração das Ferramentas da Qualidade ao PDCA e o Programa Seis Sigma**. 1. ed. Nova Lima: INGD Tecnologia e Serviços Ltda., 2006.

BARROS, E; BONAFINI, Fernanda. **Ferramentas da qualidade**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

BEZERRA, P. R. C. A; **Estatística na Organização Hospitalar**. 75 p. Monografia (Estatística) — Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

BITTAR, O. J. N. V; MENDES, J. D. V; MAGALHÃES, A. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. **Revista Leitos**, São Paulo: SES/SP, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-em-dados/revista\\_leitos\\_-\\_18.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-em-dados/revista_leitos_-_18.pdf)>. Acesso em 2 set. 2018.

BITTAR, O. J. N. V.; MENDES J. D. V. Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597/pdf>>. Acesso em 2 set. 2018.

BORGES, J. B. C; CARVALHO, S. M. R; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde - SUS. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 172-182, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/10820>>. Acesso em 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM no 529**, de 1 de abril de 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2013/prt0529\\_0104\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2013/prt0529_0104_2013.html)> 2013a. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC no 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013b. Disponível em:

<[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e)> 2013b. Acesso em 18 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013c. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)> Acesso em 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>> Acesso em 18 set. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRUCE, J. et al. *The measurement and monitoring of surgical adverse events*. **Health Technol Assess**, v. 5, n. 22, p. 1-194, jul. 2001. Disponível em:<<https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta5220/#/abstract>>. Acesso em 20 set. 2018.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 509-584, abr. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 16 set. 2018.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. 4. Ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1992.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 8. ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Dados do Setor**. CNES. Disponível em: <[http://www.cns.org.br/links/DADOS\\_DO\\_SETOR.htm](http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm)>. Acesso em: 30 ago. 2018.

CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. **Administração de Produção e Operações**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: DESLANDES, S. F. et al. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994

DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p.1115-1118, nov., 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>> Acesso em 18 out. 2018.

DONABEDIAN, A. *Specialization in Clinical Performance: What It is and How to Achieve it*. **American College of Utilization Review Physicians**, v. 5, n. 4, p. 114-120, nov., 1990. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0885713x9000500404?journalCode=ajma>> Acesso em 20 out. 2018.

DOUCHY, J-M. **Em direção ao zero defeito na empresa**: da qualidade total (TQC) aos círculos da qualidade. São Paulo: Atlas, 1992.

FADEL, C. B. et al. Administração Pública: O pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445 – 456, mar./abr, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>> Acesso em 30 ago. 2018.

FERRAZ, E.M. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-282, jul./ago., 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf>>. Acesso em 16 set. 2018.

FORGIA, G. M. L.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.

GIANESI, I. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONZALO, V. N.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde.** 2. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2018.

GOZZI, M. P. **Gestão da qualidade em bens e serviços.** São Paulo *Pearson Education* do Brasil, 2015.

GRAZZIANO, E. S. et al. **Enfermagem perioperatória e cirurgia segura.** 1. ed. São Paulo: Yendis, 2016.

HAYNES, A. B. et al. *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population.* **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, jan., 2009. Disponível em:

<[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Surgical\\_Safety\\_Checklist.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Surgical_Safety_Checklist.pdf)>

Acesso em 15 set. 2018

JURAN, J. M, DeFEO, J. A. **Fundamentos da qualidade para líderes.** Porto Alegre: Bookman, 2015.

KRAJEWSKI, L; RITZMAN, L; MALHOTA, M. **Administração de Produção e Operações.** 8. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

LAVRAS, C. **Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS.** In: IBAÑEZ, N.; ELIA, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D.

(Org.). Política e gestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2011. Disponível em:

<[https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Microsoft\\_Word\\_\\_DESCENTR\\_e\\_RRAS\\_final\\_2.pdf](https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Microsoft_Word__DESCENTR_e_RRAS_final_2.pdf)>. Acesso em 30 ago. 2018.

LOBO, R. N. **Gestão da Qualidade.** 1. ed. São Paulo: Érica, 2010.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12–17, fev. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 30 ago. 2018.

LUONGO, J. et. al. **Gestão da qualidade em saúde**. 1. ed. São Paulo: Rideel, 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 set. 2018.

MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2017.

MARTINS, P. G; LAUGENI, F.P. **Administração da Produção**. São Paulo: Saraiva, 2005.

MASIERO, G. **Administração de empresas: teoria e funções com exercícios e casos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MATTA, G.C. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 1. ed., Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MELLO, J. B; CAMARGO, M. O. **Qualidade na Saúde**. 1. ed. Best Seller: São Paulo, 1998.

MENDES, W; MOURA, M. L. O. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, set., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf>>. Acesso em 20 set. 2018

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, out./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf>>. Acesso em 18 set. 2018.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1. ed. São Paulo: UnG, 1995.

NASCIMENTO, A. B.. **Gestão hospitalar e qualidade do atendimento**. 1. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2017.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, p. 11 – 31 mai. 2011. Este é o primeiro da Série de seis fascículos em Saúde no Brasil. Disponível em:

<[http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde\\_Celia%20Almeida\\_2011.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf)>. Acesso em 10 set. 2018.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PALADINI, E. P; BRIDI, E. **Gestão e avaliação da qualidade em serviços para organizações competitivas: estratégias básicas e o cliente misterioso**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

POSSOLLI, G. E. **Acreditação hospitalar: gestão da qualidade, mudança organizacional e educação permanente**. 1. ed. Curitiba: InterSaberes, 2017.

RAMOS, E.M.L.S; ALMEIDA, S.S; ARAÚJO, A.R. **Controle estatístico da qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2013.

REIS, C.T., MARTINS, M., LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 18 set. 2018.

ROCHA, J.S.Y. - Gestão da Saúde no Brasil – **Relatório Técnico Nº 09** – Depto Medicina Social, FMRP-USP, fev. 2005.

RONCATI, V.L.C. **Relação entre os atributos da qualidade de um serviço de reabilitação ambulatorial e os padrões do modelo de acreditação Joint Commission on accreditation of health care organizations**: a visão do cliente. 2002. 141 p. Dissertação (Mestrado em Qualidade em Saúde) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2002.

RODRIGUES, M. V. **Qualidade e acreditação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

SELEME, R; STADLER, H. **Controle da qualidade**: as ferramentas essenciais. 1. ed. Curitiba: InterSaberes, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. GDF. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 14 set. 2018.

SLACK, N; BRANDON-JONES, A; JOHNSTON, R. **Administração da produção**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2.ed. AMGH: Porto Alegre, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety solutions**. Collaborating Centre for Patient Safety Solutions: Aide Memoire, v. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Ps-Solution2.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for safe surgery**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>>. Acesso em: 18 set. 2018.

ZEGERS, M. et al. *The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies*. **Patient Saf Surg**, v. 5, p. 13, mai., 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127749/?report=classic>>. Acesso em 21 set. 2018.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Roteiro de Entrevista



**Universidade de Brasília**

**Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade**

**Departamento de Administração**

#### Roteiro de Entrevista

Pesquisa: Gestão da Qualidade Hospitalar: um estudo de caso sobre o planejamento de uma meta proposta pelo Governo em um hospital público de grande porte do Distrito Federal.

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Atribuição: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na organização e no setor atual: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

#### Parte I: Introdução

- 1) Apresentar os objetivos de pesquisa
  - a) Analisar o estado atual da meta por meio de análise dos *checklists* e observação direta;
  - b) Identificar as causas da baixa adesão ao *checklist*, bem como do seu mau preenchimento caso seja necessário;
  - c) Montar um plano de ação.

2) Explicar como a entrevista será desenvolvida

Parte II:

1) Meta 1 – Baixa adesão

- a) Qual é a importância do uso do *checklist*?
- b) Como a temática de segurança do paciente é vista no hospital?
- c) Quais são os motivos da baixa adesão?
- d) O que pode ser feito para reverter tal quadro?

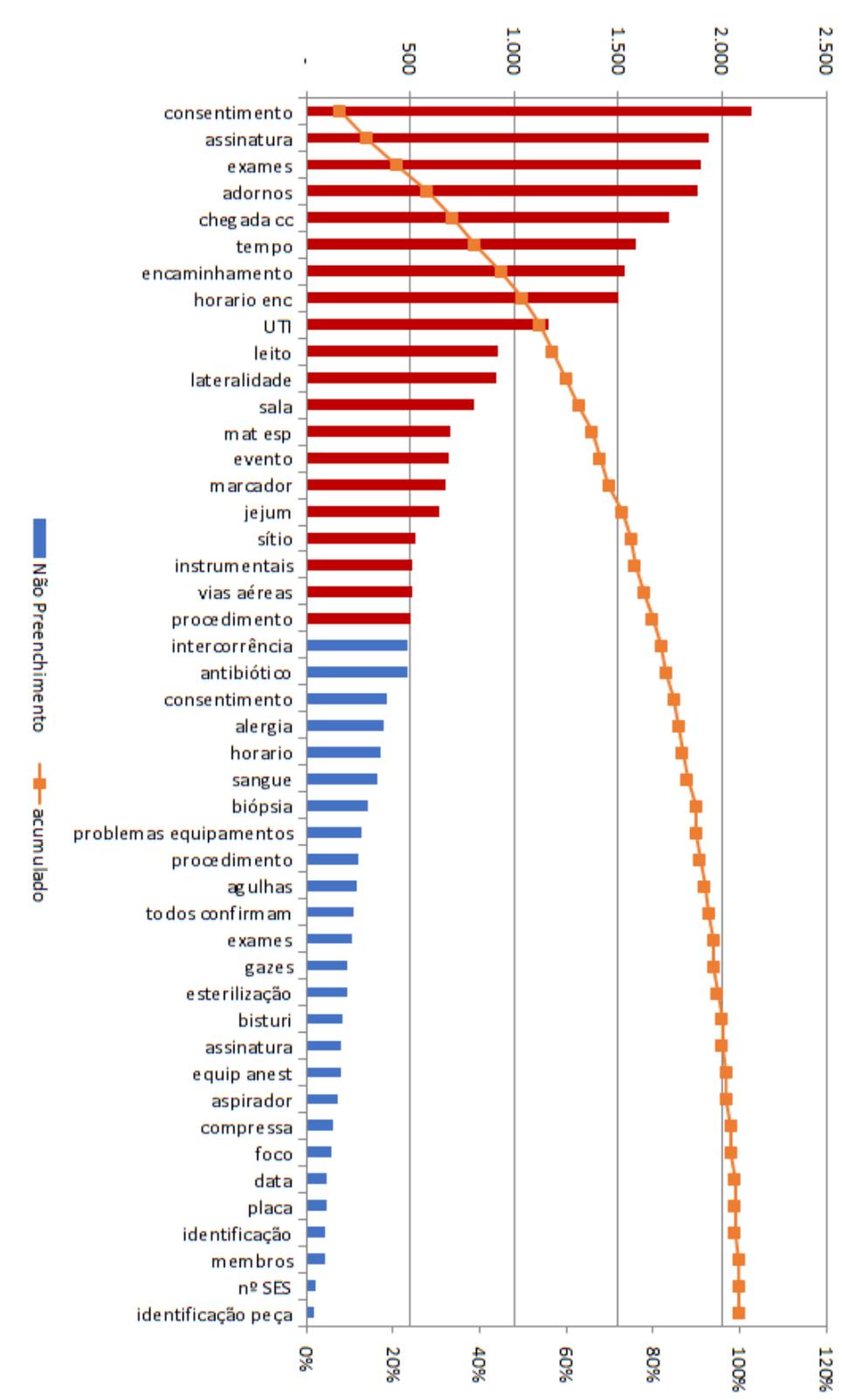
2) Meta 2 – Qualidade do preenchimento de cada item

- a) O que é este item? Qual é a sua aplicabilidade?
- b) Como está o contexto em que ele está inserido?
- c) O que pode acontecer se ele não for verificado?
- d) Qual é o seu fluxo atual?
- e) Quais são as dificuldades para que ele seja colocado em prática?
- f) Quais são as causas do baixo preenchimento deste item no *checklist*?
- g) Quais são as suas sugestões de melhoria?
- h) Qual seria o fluxo ideal para a efetiva verificação e marcação do item no *checklist*?

Parte III: Encerramento

- 1) Há alguma outra informação a ser acrescentada?
- 2) Agradecer a participação ressaltando sua relevância.

## Apêndice B – Diagrama de Pareto dos itens não preenchidos dos checklists



Fonte: elaborado pela autora



## Anexo B – Checklist do hospital estudado

 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		<b>CHECK LIST CIRURGIA SEGURA</b>		REVISÃO: 7ª DATA: 08/03/2017
<b>PACIENTE</b>		DATA NASCIMENTO		
Nº SES		CIRURGIA/PROCEDIMENTO		LETO
<b>1. CHECAGEM PREPARO ANTES ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE C.C.</b>		JEJUM A PARTIR DAS _____ HORAS DO DIA ____/____/____		DATA ____/____/____
<b>2. ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA BLOCO CIRÚRGICO ÀS _____ HORAS</b>		ASSINATURA RESPONSÁVEL: _____		
<b>3. CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO C.C.</b>		<input type="checkbox"/> TEMO DE CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE ADORNOS E PROTESES <input type="checkbox"/> EXAMES COMPLEMENTARES (IMAGENS) <input type="checkbox"/> NÃO		
<b>4. REGISTRO DO TRANS OPERATÓRIO</b>		CHEGADA do paciente ao C.C. às _____ H. ENCAMINHAMENTO do paciente para a sala às _____ H. Nº SALA _____		
<b>CHECK IN - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>		<b>TIME OUT - ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>		<b>CHECK OUT - ANTES DA ALTA PARA SRPA</b>
<input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO PACIENTE		<input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO NOME DOS MEMBROS DA EQUIPE.		<input type="checkbox"/> CONFIRMAR O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
<input type="checkbox"/> CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> CIRURGIA, ANESTESIOLOGISTA E EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM:		
<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO _____		<input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		<input type="checkbox"/> CONTAGEM DE COMPRESSAS _____ <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/> SITO DEMARCADO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA (NA)		<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> CONTAGEM DE GAZES _____ <input type="checkbox"/> NA
LATERALIDADE <input type="checkbox"/> DIRETA <input type="checkbox"/> ESQUERDA <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> SITO CIRÚRGICO		<input type="checkbox"/> CONTAGEM DE AGULHAS/ LÂMINAS _____ <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/> COM EXAMES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> INÍCIO DA CIRURGIA _____ Horas		<input type="checkbox"/> CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS _____ <input type="checkbox"/> NA
RESERVA DE SANGUE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> TEMPO CIRURGIA _____		
ALERGIA _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> RESERVA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA		
<input type="checkbox"/> CHECAGEM EQUIPAMENTOS ANESTESIA NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI _____ <input type="checkbox"/> NA		HOVE BÓPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DIFICULDADE DE VIAS AERIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> CONFERÊNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA PEÇA <input type="checkbox"/> NA
CHECAGEM DE EQUIPAMENTOS/ INSTRUMENTAL		<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: NONE _____		<input type="checkbox"/> HOVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> FOCO <input type="checkbox"/> BISTURI <input type="checkbox"/> ASPIRADOR		<input type="checkbox"/> SIM _____ HORAS <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> PRECISA SER RESOLVIDO _____ <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA <input type="checkbox"/> MARCADOR PRESENTE		<input type="checkbox"/> EXISTE ALGUM EVENTO CRÍTICO PREVISTO <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> HOVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO
		ASSINATURA: _____		ASSINATURA: _____