

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARA MABELLE MILFONT BOECKMANN

**SEGURANÇA DA GESTANTE NA CESÁREA: UMA ANÁLISE DA APLICAÇÃO
DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARA MABELLE MILFONT BOECKMANN

**SEGURANÇA DA GESTANTE NA CESÁREA: UMA ANÁLISE DA APLICAÇÃO
DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Soares Rodrigues

BRASÍLIA

2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BB669S Boeckmann, Lara Mabelle Milfont
s SEGURANÇA DA GESTANTE NA CESÁREA: UMA ANÁLISE DA
APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA
CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL.
/ Lara Mabelle Milfont Boeckmann; orientador Maria
Cristina Soares Rodrigues. -- Brasília, 2016.
195 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2016.

1. Cesárea. 2. Lista de Checagem. 3. Segurança do
Paciente. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5.
Enfermagem de Centro Cirúrgico. I. Rodrigues, Maria
Cristina Soares , orient. II. Título.

LARA MABELLE MILFONT BOECKMANN

**SEGURANÇA DA GESTANTE NA CESÁREA: UMA ANÁLISE DA APLICAÇÃO
DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 27 de julho de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Maria Cristina Soares Rodrigues
Universidade de Brasília – UnB – PPGEnf – Presidente

Dr^a Heiko Theresa Santana
Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – Membro Externo

Prof. Dr^a Alecssandra de Fátima Silva Viduedo
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia – Membro Externo

Prof. Dr^a Laiane Medeiros Ribeiro
Universidade de Brasília – UnB – PPGEnf – Membro Interno

Prof. Dr^a Gisele Martins
Universidade de Brasília – UnB – PPGEnf – Membro Interno

Prof. Dr^a Rejane Antonello Griboski
Universidade de Brasília – UnB – Membro Suplente

Dedico este trabalho primeiramente ao meu marido, Adonis, por quem tenho profundo amor, admiração e respeito. Por sua fortaleza interior e seu caráter íntegro e belo, sua compreensão em todos os momentos desta jornada; e por tantas vezes ter se desprendido de minha convivência em momentos cruciais, para que o desenvolvimento e a conclusão deste trabalho acontecessem.

Aos meus pais, Hélio (*in memoriam*) e Margarida, incansáveis no amor e na busca do bem e da justiça, por seus exemplos e ensinamentos valiosos. As minhas irmãs e amigas, Mônica, Magna e Maura, de quem muito tenho orgulho, mulheres valorosas e vencedoras que, para mim, não existem melhores no mundo. Aos meus cunhados Tawid, Artur e Davi, pelo carinho, respeito e amizade.

A todos meus sobrinhos Rebeca, Tiago Silva, Maria Clara Silva, Samuel, Maria Clara Shzu, Lucas, Ana Beatriz, João Pedro, Gabriel, Tiago e Emilie, que me instigaram a prosseguir, pois tinha um exemplo a dar, e que me proporcionaram momentos inesquecíveis pelo aconchego, pelos sorrisos e pelas brincadeiras, um bálsamo de relaxamento e alegria em momentos de cansaço.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido inteligência, força, sabedoria e apoio ininterruptos em muitas conversas, orações e súplicas ao longo deste trabalho. Obrigada por me sustentar e me capacitar em todo o processo para o alcance deste sonho.

À minha família, que de maneira direta ou indireta, contribuiu com conselhos e orações para seguir em frente.

À Prof^a Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues, minha orientadora, que, com sua vasta experiência profissional, respeito, ética e comprometimento, conduziu-me de maneira ímpar, sempre com retidão, prontidão e olhar detalhista, sua marca registrada. Muito obrigada por todas suas observações precisas e orientações valiosas durante toda a confecção deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Cesar de Oliveira da University College London por toda sua dedicação, supervisão e orientação recebidas durante o doutorado sanduíche.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), em especial às Professoras. Dra. Silvéria Maria dos Santos e Dra. Rejane Antonello Griboski, pelo incentivo e apoio nesta caminhada.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e ao Hospital Regional de Taguatinga e aos seus profissionais, em especial a enfermeira Regina Maria Carrion, pelo carinho, apoio, incentivo à pesquisa, e liberação para o doutorado sanduíche.

Às professoras da Escola Superior de Ciências da Saúde Manoela, Kátia e Ângela, pela força e pelo apoio durante minha jornada no curso de doutorado.

Aos meus alunos da Escola Superior de Ciências da Saúde e do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A todas as pacientes internadas que aceitaram participar desta pesquisa

Aos amigos Irani, Elizabete, Marlene, Kely e Eric, pelo incentivo, carinho e força.

A todos as pessoas que não foram nomeadas aqui, mas que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Dê ao mundo o melhor de você, mas isso pode nunca ser o bastante. Dê o melhor de você assim mesmo.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

BOECKMANN, L. M. M. **Segurança da gestante na cesárea: uma análise da aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica em um hospital público do Distrito Federal.** 195p. Tese (Doutorado). Brasília, DF: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2016.

Esta tese versa sobre a segurança da gestante na cesárea por meio de uma análise da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um centro obstétrico de um hospital público do Distrito Federal. O objetivo geral consiste em analisar a aplicabilidade de um instrumento adaptado e validado para a cesárea a partir da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde e os específicos compreenderam em realizar uma revisão integrativa da literatura sobre segurança cirúrgica na cesárea nos últimos 10 anos; adaptar e validar um instrumento para a cesárea estruturado de acordo com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde adequado à realidade de um hospital público do Distrito Federal; e verificar se a realização da cesárea está em conformidade ou não conformidade com o instrumento adaptado e validado. Os procedimentos metodológicos desenvolveram-se em três etapas: realização de uma revisão integrativa da literatura, um estudo metodológico com triangulação de dados, realizado no período de dezembro de 2014 a início de março de 2015, com 43 profissionais da equipe cirúrgica, sendo seguidas as etapas de validação de conteúdo e aparente, por meio da técnica Delphi e validação semântica com posterior aplicação do coeficiente de confiabilidade ao instrumento e a aplicação do instrumento de segurança cirúrgica na cesárea por meio de um estudo transversal com abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, utilizando-se a técnica da observação não participante. Calculou-se uma amostra aleatória e estratificada de 220 pacientes submetidas à cesárea. A coleta de dados ocorreu a partir do início de março de 2015 e término de junho de 2015. Empregou-se, para tratamento dos dados, o *Statistical Package for Social Science* versão 22 e o *The R Project for Statistical Computing* versão 3.1. As variáveis categóricas foram relatadas como frequências absolutas e proporções acumulativas e as variáveis numéricas, como média e desvio padrão, mínimo e máximo. O nível de significância considerado foi de 5% com intervalos de confiança de 95%. A partir dos indicadores de conformidade encontrados, foi possível realizar análises empregando-se a Análise de Variância e o teste de *Tukey*. Para associações, o coeficiente de *Pearson* e o coeficiente de *Spearman* foram utilizados. Os resultados da revisão integrativa revelaram poucas publicações encontradas com alto nível de evidência. Para a adaptação e validação do instrumento, o índice de validade de conteúdo geral foi de 0,9, a concordância interavaliadores de 1 e o coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,8. Para a aplicação do instrumento, muitos itens apresentaram-se em não conformidade em relação às ações desempenhadas pela equipe cirúrgica, com destaque para uma comunicação precária entre os profissionais, revelando-se uma atmosfera propícia à ocorrência de eventos adversos. Espera-se que os resultados deste estudo colaborem para a melhoria das ações de saúde e promovam a estimulação da cultura de segurança cirúrgica na cesárea para todos os envolvidos, tendo em vista o movimento mundial para a segurança do paciente.

Palavras - chave: Cesárea; Lista de Checagem; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem de Centro Cirúrgico.

ABSTRACT

BOECKMANN, L. M. M. **Safety of the pregnant woman during cesarean delivery: an analysis of the application of the surgical safety checklist in a public hospital in the Federal District, Brazil.** 2016. 195p. Tese (Doutorado). Brasília, DF: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2016.

This thesis focuses on the safety of the pregnant woman during cesarean delivery through an analysis of the application of the Surgical Safety Checklist in the obstetric center of a public hospital in the Federal District, Brazil. The general aim was to analyze the applicability of an adapted and validated instrument for cesarean delivery, based on the World Health Organization Surgical Safety Checklist. The specifics consisted of undertaking an integrative review of the literature on surgical safety during cesarean deliveries over the last 10 years; adapting and validating an instrument for cesarean deliveries, structured in accordance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist, adapted to the context of a public hospital in the Federal District; and ascertaining whether the undertaking of the cesarean delivery is in conformity or nonconformity with the adapted and validated instrument. The methodological procedures were undertaken in three stages: an integrative review of the literature, a methodological study with triangulation of data, carried out in the period between December 2014 and the beginning of March 2015, with 43 professionals from the surgical team, the stages of content and face validation being followed, through the Delphi technique, as well as semantic validation with the later application of the coefficient of reliability to the instrument and the application of the surgical safety in cesarean delivery instrument through a transversal study with a quantitative approach, of the descriptive exploratory type, using the technique of nonparticipant observation. A random and stratified sample of 220 patients who underwent cesarean delivery was calculated. Data collection took place between the beginning of March 2015 and the end of June 2015. The Statistical Package for the Social Sciences, version 22, and The R Project for Statistical Computing, version 3.1, were used for treatment of data. The categorical variables were reported as absolute frequencies and cumulative proportions, and the numerical variables as mean and standard variation, minimum and maximum. The level of significance considered was of 5%, with confidence intervals of 95%. Based on the conformity indicators found, it was possible to carry out analyses using Analysis of Variance and the Tukey test. For associations, the Pearson coefficient and the Spearman coefficient were used. The results of the integrative review revealed few publications found with a high level of evidence. For the adaptation and validation of the instrument, the general content validity index was 0.9, the inter-evaluator agreement was 1, and the Cronbach alpha coefficient was 0.8. Regarding the application of the instrument, many items were not in conformity in relation to the actions performed by the surgical team, with emphasis placed on poor communication between the professionals; revealing there to be an atmosphere which is conducive to the occurrence of adverse events. It is hoped that this study's results may contribute to improving the health actions and promoting the encouragement of the culture of surgical safety during cesarean deliveries for all those involved, bearing in mind the worldwide movement towards patient safety.

Key words: Cesarean Section; Checklist; Patient Safety; Quality of Health Care; Operating Room Nursing.

RESUMEN

BOECKMANN, L. M. M. **Seguridad de la gestante en la cesárea: un análisis de la aplicación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital público del Distrito Federal.** 2016. 195p. Tese (Doutorado). Brasília, DF: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2016.

Esta tesis se ocupa de la seguridad de la mujer embarazada, mediante un análisis de la aplicación de la lista de verificación de seguridad en un pabellón de obstetricia de un hospital público del Distrito Federal. El objetivo general consistió en analizar la aplicabilidad de un instrumento adaptado y validado para la cesárea a partir de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la Organización mundial de la salud y los específicos comprendieron realizar un repaso integrativa de la literatura sobre seguridad quirúrgica en la cesárea en los últimos 10 años, adaptar y validar un instrumento para la cesárea estructurado en consonancia con la Lista de Verificación de Seguridad quirúrgica de la Organización mundial de la salud adecuado a la realidad de un hospital público del Distrito Federal y verificar si la realización de la cesárea está en conformidad o no conformidad con el instrumento adaptado y validado. Los procedimientos metodológicos se desarrollaron en tres etapas: realización de un repaso integrativa de la literatura, un estudio metodológico con triangulación de datos, realizado en el periodo de diciembre de 2014 a inicio de marzo de 2015, con 43 profesionales del equipo quirúrgica donde se siguieron las etapas de validación de contenido y aparente, por medio de la técnica Delphi y validación semántica con posterior aplicación del coeficiente de fiabilidad al instrumento y la aplicación del instrumento de seguridad quirúrgica en la cesárea por medio de un estudio transversal con abordaje cuantitativo, del tipo descriptivo-exploratorio, utilizándose la técnica de la observación en el participante. Se calculó una muestra aleatoria y estratificada de 220 pacientes sometidas a la cesárea. La recolección de datos ocurrió a partir del inicio de marzo de 2015 y terminó de junio de 2015. Se empleó para tratamiento de los datos, el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales versión 22 y el Proyecto R de estadística versión 3.1. Las variables categóricas fueron relatadas como frecuencias absolutas y proporciones acumulativas y las variables numéricas, como pro medio y desvío normalizado, mínimo y máximo. El nivel de significancia considerado fue del 5% con intervalos de confianza del 95%. A partir de los indicadores de conformidad encontrados, fue posible realizar análisis empleándose la prueba de Análisis de varianza y la Prueba Tukey. Para asociaciones, el Coeficiente de Pearson y el Coeficiente de Spearman fueron utilizados. Los resultados del repaso integrativa revelaron pocas publicaciones encontradas con alto nivel de evidencia. Para la adaptación y validación del instrumento, el índice de validez de contenido general fue de 0,9, la concordancia entre evaluadores de 1 y el coeficiente alfa de Cronbach 0,8. Para la aplicación del instrumento, muchos ítems se presentaron en conformidad con relación a las acciones desempeñadas por el equipo, con destaque para una comunicación precaria entre los profesionales, revelándose una atmósfera propicia a la ocurrencia de eventos adversos. Para concluir, se espera que los resultados de este estudio puedan colaborar con la mejoría de las acciones de salud y promuevan la concientización de la cultura de seguridad quirúrgica en la cesárea para todos los involucrados, con miras a el movimiento mundial para la seguridad del paciente.

Palabras clave: Cesárea; Lista de Verificación; Seguridad del Paciente; Calidad de la Asistencia a la Salud; Enfermería de Quirófano.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo para os acidentes em organizações complexas. Brasília, DF, Brasil, 2014.....	39
Figura 2 -	Fluxograma das etapas da revisão integrativa da literatura. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	68
Quadro 1-	Publicações distribuídas por variável de análise. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	69
Quadro 2 -	Publicações distribuídas por variável de análise. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	70
Figura 3 -	Procedência das gestantes participantes do estudo. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	85
Figura 4 -	Principais indicações diagnósticas das cesáreas pesquisadas. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	86
Figura 5 -	Blox plot da distribuição dos indicadores de conformidade. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Série histórica de partos cesáreos em cinco meses consecutivos dos anos 2012, 2013 e 2014. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	63
Tabela 2 -	Amostra aleatória estratificada e cálculo amostral. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	63
Tabela 3 -	Publicações distribuídas por quantitativo, segundo base eletrônica consultada. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	67
Tabela 4 -	Resultados do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	75
Tabela 5 -	Resultados da análise semântica realizada com os profissionais de saúde por porcentual de respostas, de acordo com a classificação da escala <i>Likert</i> . Brasília, DF, Brasil, 2015.....	76
Tabela 6 -	Versão secundária do instrumento. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	77
Tabela 7 -	Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach para a dimensão A. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	79
Tabela 8 -	Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach para a dimensão B. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	80
Tabela 9 -	Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach para a dimensão C. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	80
Tabela 10-	Média dos escores das dimensões. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	81
Tabela 11-	Idade por faixa etária das mulheres que tiveram cesáreas. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	84
Tabela 12-	Distribuição de procedimentos nas cesáreas. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	85
Tabela 13-	Distribuição do número de indicações diagnósticas por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	86
Tabela 14-	Distribuição das indicações diagnósticas das cesáreas. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	87
Tabela 15-	Distribuição da idade gestacional (IG). Brasília, DF, Brasil, 2015.....	88

Tabela 16-	Distribuição do número de gestações, por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	88
Tabela 17-	Distribuição do número de partos por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	89
Tabela 18-	Distribuição do número de abortos por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	89
Tabela 19-	Distribuição de natimortos por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	89
Tabela 20-	Distribuição porcentual de itens em conformidade e não conformidade para as dimensões “A”, “B” e “C”. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	93
Tabela 21-	Distribuição dos indicadores de conformidade. . Brasília, DF, Brasil, 2015.....	121
Tabela 22-	Matrix de correlação entre os indicadores. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	122
Tabela 23-	Valores de p correspondentes da matrix de correlação entre os indicadores. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	122
Tabela 24-	Distribuição de cesáreas assistidas por dia da semana. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	124
Tabela 25-	Distribuição de cesáreas assistidas por período do dia. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	124
Tabela 26-	Número de cesáreas assistidas relacionando o dia da semana com os períodos do dia. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	124
Tabela 27-	Análise de variância entre os indicadores e dias da semana. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	125
Tabela 28-	Teste tukey para comparar os dias da semana com o desempenho da equipe cirúrgica a partir do indicador A. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	125
Tabela 29-	Análise de variância entre os indicadores e períodos do dia. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	126
Tabela 30-	Teste Tukey de comparação entre os períodos do dia e o indicador A. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	126
Tabela 31-	Teste Tukey de comparação entre o período do dia e o indicador T. Brasília, DF, Brasil, 2015.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	-	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ANOVA	-	Análise de Variância
AHRQ	-	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AORN	-	<i>Association of Perioperative Registered Nurse</i>
BDEF	-	Base de Dados em Enfermagem
CINAHL	-	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DMG	-	Diabetes mellitus gestacional
DCP	-	Desproporção céfalo-pélvica
DPP	-	Descolamento prematuro da placenta
EA	-	Evento adverso
EAs	-	Eventos adversos
HAS	-	Hipertensão arterial sistêmica
HSOPSC	-	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HTLV	-	Vírus linfotrópico da célula T humana
IC95%	-	Intervalo de confiança de 95%
IHI	-	<i>Institute of Healthcare Improvement</i>
IRA	-	<i>Iterater Agreement</i>
IRAS	-	Infecções relacionadas à assistência à saúde
IBSP	-	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
IOM	-	<i>Institute of Medicine</i>
IVC	-	Índice de Validade de Conteúdo
JC	-	<i>Joint Commission</i>
LVSC	-	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	-	<i>Medical Literature analysis and Retrievel System Online</i>
MOSPS	-	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
NPSA	-	<i>National Patient Safety Agency</i>
NHS	-	<i>National Health System</i>
NLM	-	<i>National Library of Medicine</i>
NOTIVISA	-	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária

ONU	-	Organização das Nações Unidas
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PPP	-	Pré-parto, parto e puerpério imediato
PNSP	-	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	-	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSP	-	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SciELO	-	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SES	-	Secretaria de Estado de Saúde
SNVS	-	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SPSS	-	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCL	-	<i>University College London</i>
UnB	-	Universidade de Brasília
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	28
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL E NO MUNDO: CONQUISTAS E DESAFIOS.....	28
3.2 PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: UMA ESTRATÉGIA GLOBAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	34
3.3 ADEÇÃO À CULTURA DE SEGURANÇA E OS CAMINHOS PARA ALCANÇÁ-LA.....	41
3.4 CESÁREA NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	48
4 MÉTODOS.....	55
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	55
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	55
4.3 AMOSTRA.....	57
4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	57
4.4.1 Procedimentos metodológicos para a revisão integrativa da literatura.....	57
4.4.2 Procedimentos metodológicos para adaptação e validação do <i>checklist</i> de segurança cirúrgica na cesárea.....	59
4.4.3 Procedimentos metodológicos para aplicação do <i>checklist</i> de segurança cirúrgica na cesárea.....	62
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	65
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
5.1 SEGURANÇA CIRÚRGICA NA CESÁREA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	67
5.1.1 Promoção da segurança da paciente na cesárea por meio da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (<i>checklist</i>).....	71
5.1.2 Recomendações para melhorar a qualidade da assistência na cesárea.....	72
5.2 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NA CESÁREA.....	74
5.3 APLICAÇÃO DO <i>CHECKLIST</i> DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NA CESÁREA.....	84

.3.1 Caracterização da amostra estudada.....	84
5.3.2 Aplicabilidade da Lista de Verificação (<i>Checklist</i>) de Segurança Cirúrgica na Cesárea.....	92
5.3.3 Indicadores de conformidade das dimensões.....	121
6 CONCLUSÕES.....	129
REFERÊNCIAS.....	133
ANEXO 1 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica elaborada pela organização mundial da saúde.....	159
ANEXO 2 - Documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	160
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (validação de conteúdo)..	163
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a segunda etapa de validação do instrumento: técnica de <i>brainstorming</i> e aplicação da escala <i>Likert</i>	164
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os(as) profissionais médicos (as) e de enfermagem que compõe a equipe cirúrgica.....	165
APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as usuárias do serviço de saúde.....	166
APÊNDICE 5 - Instrumento para coleta do perfil sociodemográfico dos(as) juízes(as)...	167
APÊNDICE 6 - Carta-convite para participar da análise de conteúdo.....	168
APÊNDICE 6.1 - Orientações para análise de conteúdo do instrumento.....	169
APÊNDICE 6.2 - Julgamento da valoração dos atributos referente à dimensão “A”: antes da indução anestésica.....	170
APÊNDICE 6.3 - Julgamento da valoração dos atributos referente à dimensão “B”: antes da incisão cirúrgica.....	171
APÊNDICE 6.4 - Julgamento da valoração dos atributos referente à dimensão “C”: antes da paciente sair da sala de operação.....	173
APÊNDICE 7 - Roteiro para condução da técnica de <i>brainstorming</i>	174
APÊNDICE 8 - Instrumento de segurança cirúrgica na cesárea.....	175
APÊNDICE 9 - Instrumento de segurança cirúrgica na cesárea (lista de verificação-escala binária).....	177
APÊNDICE 10 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na cesárea.....	179
APÊNDICE 11 - Artigo intitulado “Segurança cirúrgica na cesárea: revisão integrativa” publicado na revista <i>Cogitare Enfermagem</i> . 2015 out/dez; 20(4):758-766.....	180

PRÓLOGO

A temática da segurança do paciente na assistência obstétrica, especialmente na cesárea, chamou-me a atenção pelo fato de eu ter vivenciado em minha jornada profissional situações de risco que poderiam ter sido evitadas e que resultaram em eventos adversos (EAs) em um Centro Obstétrico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Cabe ressaltar que tive a oportunidade de me aproximar das questões de segurança do paciente enquanto atuava como preceptora da Residência em Enfermagem Obstétrica e posteriormente enquanto docente da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.

Ao observar a dinâmica do serviço e tomar conhecimento de visitas realizadas por órgão regulador que apontou diversas não conformidades a serem sanadas, foi notada a necessidade de melhoria dos processos de trabalho da equipe cirúrgica do centro obstétrico e diante da demanda existente para implantar o protocolo de segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde (OMS) em todo o bloco cirúrgico, incluindo o centro obstétrico, pude perceber que poderia contribuir enquanto pesquisadora adaptando o *Checklist* de segurança cirúrgica para a cesárea, cirurgia frequentemente realizada no serviço.

No entanto, é importante destacar que minha familiaridade com o corpo da saúde pública do Distrito Federal não implica no conhecimento das inúmeras e complexas relações que nelas se estabelecem. Daí meu interesse em investigar alguns aspectos ou fatores que constituem tais relações.

Durante o desenvolvimento deste trabalho científico inédito, pude compreender a realidade que permeava os objetivos almejados e a partir de então, contribuir para a implementação da Lista de Verificação (*checklist*) de Segurança Cirúrgica adaptada para a cesárea. Como desdobramento positivo do trabalho desenvolvido, veio o reconhecimento profissional e o convite para ampliar as ações de segurança para todo o hospital, com a missão de coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente.

No decorrer da coleta de dados, constatei que o simples fato de realizar a pesquisa despertou a curiosidade de alguns profissionais acerca da temática explorada e de como poderiam buscar melhorias para a unidade pesquisada, o que me deixou completamente motivada a prosseguir com o desenvolvimento deste trabalho.

Outro fator enriquecedor para esta pesquisa foi a experiência do doutorado sanduíche, que foi desenvolvida com empenho e responsabilidade a fim de aprofundar a análise de dados

e obter apoio estatístico e epidemiológico. Foi delineado um plano de trabalho que foi cumprido por meio da parceria entre a Universidade de Brasília (UnB) e o *Department of Epidemiology and Public Health* da *University College London* (UCL) na Inglaterra, como pré-requisito para realização de doutorado sanduíche.

As atividades foram desenvolvidas pela pesquisadora nos meses de julho, agosto e setembro de 2015, conforme plano de atividades aprovado pela orientadora da pesquisa e pelo supervisor da UCL. O plano de atividades incluiu a supervisão para tratamento estatístico e epidemiológico dos resultados oriundos da coleta de dados no Brasil, a supervisão da construção e a reestruturação de um artigo com os últimos resultados do estudo.

A participação de atividades de doutorado sanduíche na UCL como formação complementar do curso de doutorado em Enfermagem da UnB foi uma experiência gratificante e importante tanto do ponto de vista científico e acadêmico quanto socio-cultural.

Do ponto de vista acadêmico e científico foi possível aprender sobre outra realidade, firmar parceria intelectual e desenvolver outras habilidades, como, o aprimoramento do domínio no idioma inglês, especialmente na linguagem e escrita acadêmicas, bem como compreender um pouco do *National Health System* (NHS), sistema de saúde inglês por meio de visita a uma unidade hospitalar vinculada a UCL.

O meio acadêmico da *UCL* possui muitas semelhanças com o meio acadêmico da UnB, especialmente no que se refere às palestras assistidas, a orientação da pesquisa e aos recursos materiais aos quais tive acesso, exceto, por um diferencial muito importante, que foi a permissão recebida para acessar na íntegra as melhores e mais novas evidências científicas de publicações restritas ao banco de dados *online* da *UCL*, o que foi bastante proveitoso e enriquecedor para esta pesquisa.

O intercâmbio na *UCL* permitiu compartilhar os resultados parciais da pesquisa com estudantes, pesquisadores e professores de diversas nacionalidades do mundo que contribuíram de forma consistente para o aprimoramento dos dados obtidos, a fim de que tais achados trouxessem os benefícios almejados para o governo do Distrito Federal e sem dúvida traga melhorias para as pacientes e a equipe cirúrgica que atuam na assistência a cesárea no Brasil.

Os resultados finais do projeto de doutorado foram trabalhados sob supervisão do orientador da UCL que propiciou a realização de outras atividades não previstas no plano inicial, mas que só tiveram a acrescentar e a enriquecer a experiência, a saber:

- Alimentação dos resultados em banco de dados utilizando o software *Social Package of Social Science* (SPSS), versão 22.0, programa cedido para instalação pela UCL.

- Encontro semanal com orientador que acompanhou o tratamento e a análise estatística dos dados coletados.

- Pesquisa e acesso completo de material atual publicado mundialmente em banco de dados da UCL que contemplassem a temática da pesquisa.

- Desenvolvimento de artigo científico na língua inglesa a ser publicado em parceria com a UCL e UnB.

- Participação em palestras, cursos e visitas técnicas nas quais se realizaram encontros com professores e alunos de áreas afins e correlatas entre outras atividades.

O doutorado sanduíche do qual participei acrescentou vivência profissional e conhecimento científico, fundamentais para o desenvolvimento de uma pesquisa com metodologia consistente e com a disponibilização de ferramentas modernas em saúde, contribuindo para o saber científico em enfermagem e, conseqüentemente, para o aprimoramento da assistência de enfermagem no setor em que trabalho, tendo em vista as demandas referentes à segurança do paciente em todos os serviços de saúde do Distrito Federal e da relevância do estudo e de seus resultados alcançados.

Cabe ressaltar que, parte desses resultados inéditos já pode ser colocada em prática no centro obstétrico por meio da utilização de um *checklist* adaptado e validado para a cesárea baseado no protocolo da OMS.

Conclui-se que o intercâmbio foi extremamente relevante pelas habilidades adquiridas e creio que também de grande valia para o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UnB, tendo em vista o incentivo governamental à política de internacionalização das universidades públicas.

Dessa forma, aventa-se que a futura divulgação dos achados deste estudo possa contribuir para a inserção completa de práticas de saúde mais seguras no setor investigado e que estas ações possam estender-se para aplicação em contextos de serviços de saúde brasileiros, não somente da SES do Distrito Federal, mas também à rede suplementar de saúde.

APRESENTAÇÃO

Nas últimas décadas, a atenção à assistência obstétrica vem sendo uma preocupação mundial, especialmente em países em desenvolvimento nos quais os desafios para promover uma assistência de qualidade e segura são ainda maiores do que em países desenvolvidos (BRASIL, 2014a).

No Brasil, a cesárea tornou-se o modo de nascimento mais comum com taxas nacionais muito acima dos 10% recomendados pela OMS. Quando realizada com indicação médica adequada, a cesárea é uma cirurgia segura, mas quando realizada desnecessariamente pode agregar riscos sem que haja um benefício claro (BRASIL, 2001a; 2014a; 2016a).

As consequências de uma assistência à saúde precária e insegura, especialmente na atenção cirúrgica, implicam em maior probabilidade para ocorrência de diversos tipos de incidentes, inclusive com danos, ou seja, eventos adversos que podem repercutir de forma devastadora para o binômio mãe-filho. É sabido que muitos desses incidentes podem ser evitados com medidas simples e eficazes, e umas dessas ações envolve o uso de *checklists* de segurança cirúrgica desenvolvido pela OMS (BRASIL, 2009a; 2013a; 2013b; 2014a).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) perpassa o processo de inspeção e confecção de regulamentações que contribuam para uma assistência que tenha como focos principais a segurança e a humanização. Tais ações somam-se aos esforços governamentais para a redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal no país, além da mitigação dos danos oriundos de práticas inadequadas nos serviços assistenciais. Diante desse quadro, torna-se fundamental a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a melhor decisão obstétrica considere os possíveis riscos, de forma informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende (BRASIL, 2009b; 2014a).

Nesse contexto, foi sentida a necessidade de melhor compreender a temática da segurança da gestante na cesárea. Pretende-se com este trabalho, oferecer subsídios que possam nortear políticas e práticas de segurança no contexto do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: a introdução da pesquisa onde é apresentada uma abordagem geral sobre o tema estudado, incluindo a questão norteadora do estudo e a justificativa. Na parte 2, encontram-se delineados os objetivos geral e específico. Na parte 3 encontra-se a revisão de literatura que contém o referencial teórico com subitens que abordam as questões de segurança do paciente no Brasil e no Mundo, as conquistas e os

desafios, a prevenção de eventos adversos como estratégia global para segurança do paciente, a adesão dos profissionais à cultura de segurança e os caminhos para alcançá-la e a cesárea no contexto da segurança do paciente.

A parte 4 apresenta os instrumentos e procedimentos metodológicos utilizados para realização desta investigação. A parte 5 descreve os resultados de cada objetivo com suas respectivas discussões. A parte 6 refere-se às conclusões do estudo e a parte 7 agrega todas as referências bibliográficas consultadas neste estudo.

1 INTRODUÇÃO

O aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a inovação e o desenvolvimento tecnológico têm aumentado a frequência de cesáreas em várias partes do mundo. Essa evolução permitiu que, com o decorrer do tempo, a cesárea se tornasse uma cirurgia mais "segura". No entanto, a operação possui diversos riscos, e os que mais se destacam são a hemorragia, infecção pós-parto e as complicações da anestesia. No caso de cesáreas repetidas, elevam-se os riscos (FLORES et al., 2008; WILEY e SONS, 2013).

Sabe-se que, no Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano, sendo grande parte deles por meio de cesáreas. A utilização dessa intervenção cirúrgica aumentou no país de 1994 a 2010. Em 1994, a taxa nacional era de 32%, sendo que, em 2010, alcançou 52%. Isso implica em maior exposição aos riscos inerentes à própria cirurgia (BRASIL, 2012a).

No entanto, para minimizar riscos na assistência cirúrgica, têm-se discutido protocolos de Segurança Cirúrgica em vários países e em diversos tipos de procedimentos, como, por exemplo, em estudo conduzido nos Estados Unidos, da América (EUA) que utilizou uma das primeiras listas de verificação utilizada em um hospital para inserção de cateter venoso central exibindo a redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), dos óbitos de pacientes críticos e de outras complicações (PRONOVOST et al., 2006a).

Dentro desse contexto, procurando adotar estratégias que envolvam a segurança do paciente na área cirúrgica foi divulgada uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), também denominada de *checklist* de Segurança Cirúrgica da OMS, desenvolvido dentro de padrões internacionalmente aceitos de evidência científica. No entanto, as peculiaridades inerentes a cada localidade significam que as abordagens para a segurança do paciente devem ser adaptadas (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

A aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) demonstrou resultados satisfatórios em relação à diminuição de complicações e riscos cirúrgicos. Em um estudo piloto pré e pós-intervenção da OMS, aplicado por Haynes et al. (2009), utilizando a lista de verificação em oito hospitais de oito cidades do mundo envolvendo 7688 pacientes, os resultados demonstraram redução nas taxas de mortes e complicações cirúrgicas de 10,3% para 7,1% em hospitais de localidades com recursos adequados e de 11,7 para 6,8% em hospitais em locais com poucos recursos.

Em 2011, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) elaborou uma lista de verificação sucinta de segurança cirúrgica para a cesárea, uma iniciativa que contemplou alguns indicadores de segurança, como, por exemplo, a solicitação do consentimento informado, a indicação da cesárea, a quantidade de ecografias gestacionais realizadas, entre outros itens.

Outros estudos têm sido realizados com um *checklist* desenvolvido em 2010 pela OMS na assistência obstétrica e revelaram melhorias para a segurança das pacientes. Também, a aplicação de um *checklist* em um centro obstétrico no Reino Unido revelou mudanças qualitativas na comunicação da equipe cirúrgica e, na Espanha, um *checklist* desenvolvido se propôs a promover a segurança das parturientes e dos recém-nascidos (KEARNS et al., 2011; SPECTOR et al., 2012; ROSADO, 2013).

No Brasil, a implantação de uma adaptação da lista de verificação da OMS em uma maternidade trouxe benefícios significativos que resultaram na adesão da direção para estabelecer a utilização da lista como rotina mandatória para as cirurgias ginecológicas e urológicas eletivas. Diante disso, foram realizadas ações de sensibilização com as equipes do centro cirúrgico, por meio de reuniões educativas, buscando prepará-las para sua utilização (FREITAS et al., 2014).

Nesse sentido, o enfermeiro, como líder da unidade, pode adotar *checklists* e protocolos que trarão benefícios para os profissionais e pacientes, além de encorajar a participação de todos nessa iniciativa. Por meio do uso dessas ferramentas, os resultados das pesquisas analisadas em uma revisão integrativa indicaram mudanças significativas na área de comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica, além de reduzirem incidentes na atenção obstétrica (BOECKMANN e RODRIGUES, 2015).

Embora aparentemente simplista, a evidência suporta o fato de que o paciente se beneficia de *checklists* bem delineados quando utilizados de forma eficaz. A implementação bem-sucedida requer treinamento e uma mudança na cultura de segurança, bem como estabelecer uma rotina de controle, medição e *feedback* regular dos resultados à equipe e alta direção (WALKER et al., 2014).

Uma abordagem padronizada é uma eficaz proposta no formato de LVSC, a fim de garantir a prevenção de erros e incidentes relacionados à assistência à saúde que conduzam a um evento adverso (EA) (WHO, 2009a). Um EA é definido como uma complicação indesejada decorrente do cuidado prestado ao paciente, não atribuída à evolução natural da doença de base. Em outras palavras, pode ser considerado um incidente nocivo advindo do

cuidado que resultou em danos a um paciente (GALLOTTI, 2004; WHO, 2009b; BRASIL, 2013b).

Para minimizar os EAs em cirurgias, a LVSC constitui uma ferramenta valiosa. Sua utilização nos hospitais, em longo prazo, resulta em benefícios, além de fornecer um padrão de qualidade no cuidado e promover a comunicação eficaz e, por conseguinte, desenvolver a cultura de segurança (REHIM et al., 2011).

Como refere O'Connor et al. (2010), estabelecer uma cultura de segurança dentro dos serviços de saúde, implica que, tanto os profissionais de saúde como os pacientes devam divulgar os EAs quando eles ocorrem. Todavia, isso se configura como um grande desafio, pois somente haverá um melhor entendimento da situação quando a exposição for completa e franca, uma vez que esta ação pode se reverter em melhorias para a assistência à saúde.

Dentro desse contexto, constata-se um esforço coletivo da equipe multiprofissional em alcançar os parâmetros de qualidade exigidos pelas políticas de segurança. Em virtude da atual readequação dos serviços de atenção obstétrica às práticas de segurança do paciente, surgiu o interesse em pesquisar a segurança da paciente na cesárea, adaptando, validando e aplicando um instrumento que contenha os itens da LVSC, preconizada pela OMS.

Adaptar, validar e aplicar este instrumento de segurança cirúrgica da OMS para a assistência à cesárea no referido hospital deve contribuir de forma significativa para promover a cultura de segurança para a unidade a ser estudada e também se tornar uma ferramenta de trabalho validada cientificamente, que pode ser utilizada em outras unidades hospitalares de toda SES do Distrito Federal, assim como na rede suplementar de saúde.

Ademais, o referido hospital é referência para a gestação de alto risco da região sudoeste de saúde do Distrito Federal e possui altas taxas de cesariana – em torno de 40% de todos os partos (HRT, 2015a). Cabe destacar que a LVSC é preconizada pelo Ministério da Saúde como ferramenta relevante para melhoria e promoção de uma assistência cirúrgica segura dentro das unidades de saúde.

Considerando a recomendação pelo Ministério da Saúde do uso do protocolo de segurança cirúrgica e da adaptação do *checklist* de segurança cirúrgica da OMS, diante da necessidade das diferentes realidades dos serviços de saúde no mundo, ressalta-se o interesse em adaptá-lo para a cesárea, por ser uma das cirurgias mais realizadas, sobretudo no Brasil, representando maior exposição das mulheres aos riscos inerentes ao procedimento (BRASIL, 2013a).

Justifica-se assim a realização deste estudo com o intuito de apontar um diagnóstico da situação atual do serviço de saúde e contribuir para a implantação da LVSC na cesárea.

Almeja-se, com os resultados, fornecer dados profícuos para futuras pesquisas e intervenções que tragam melhorias significativas para o serviço de saúde em questão.

Diante do exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras para o desenvolvimento deste estudo:

- Quais as evidências científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea nos últimos 10 anos?

- A adaptação e validação de um instrumento de pesquisa em formato de *checklist* para a cesárea implicam em promoção da segurança da paciente?

- A realização da cesárea está em conformidade com os itens adaptados e validados a partir da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a aplicabilidade de um instrumento adaptado e validado para a cesárea a partir da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um hospital público do Distrito Federal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma revisão integrativa da literatura em bases de dados nacionais e internacionais de evidências científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea dos últimos 10 anos.
- Adaptar e validar um instrumento para a cesárea estruturado de acordo com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde adequado à realidade de um hospital público do Distrito Federal.
- Verificar se a realização da cesárea está em conformidade ou não conformidade com o instrumento adaptado e validado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL E NO MUNDO: CONQUISTAS E DESAFIOS

A necessidade evidente em desenvolver estratégias para a melhoria da segurança do paciente, tanto em nível local, quanto mundial, tem impulsionado diversas organizações e agências internacionais a trabalharem em prol desse objetivo. Um número significativo de iniciativas voltadas para melhorar a qualidade da assistência à saúde tem sido desenvolvida e, conseqüentemente, tem contribuído para minimizar os riscos inerentes a esses cuidados ofertados (NASCIMENTO e TRAVASSOS, 2010).

As situações que põem em risco a segurança do paciente têm proporcionado repercussões negativas na última década, trazendo à tona discussões e reflexões em torno das questões organizacionais e seus fatores correlacionados, que refletem a forma com que as instituições conduzem seus processos de trabalho.

Desse modo, as disrupturas ocasionadas pela ocorrência dos EAs e seus impactos na sociedade podem ser facilmente detectados pelo constante sensacionalismo com que são retratados pela mídia, entre outros veículos de transmissão em massa, especialmente relacionados a medicamentos, o que torna a temática da segurança do paciente definitivamente uma prioridade para a agenda política do país (SANTANA et al., 2014).

Desse modo, pensar em segurança implica em se preocupar em como os serviços de saúde são ofertados. No momento atual, não é mais possível obter um bom funcionamento dos serviços de saúde sem pensar em aspectos como qualidade, humanização, gestão e no tratamento dispensado a usuários e profissionais envolvidos nos diversos níveis de atenção à saúde (MANZO et al., 2012).

Nesse contexto, a segurança do paciente pode ser definida como um conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, EAs e danos desnecessários durante a atenção prestada ao usuário (WHO, 2009b).

Já com relação à qualidade, conforme o *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA, esta exhibe o entendimento mais amplo, que engloba a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade, a eficiência, a equidade, sendo a segurança parte desse processo e um dos componentes mais críticos (KOHN, 2000; IOM, 2001).

A segurança e a qualidade dos serviços de saúde são fundamentais, uma vez que os pacientes não devem sofrer EAs em consequência da assistência que pretende ajudá-los e nem esse dano deve advir daqueles que trabalham no cuidado a saúde (BRASIL; 2013c; 2014a).

A magnitude da ocorrência dos EAs tornou-se notória com a publicação, em 2000, do relatório *To err is human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro) pelo IOM, provocando a mobilização de profissionais, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões que envolvem a segurança do paciente. Em seguida, em 2001, o IOM publicou o relatório *Crossing the quality chasm* (Cruzando o abismo da qualidade), apontando os domínios de qualidade no cuidado a saúde com destaque para segurança.

Nesse cenário, em âmbito internacional, ocorreu a Assembleia Mundial de Saúde no ano de 2002, permitindo que a OMS e os estados membros dessem maior atenção a esta questão. Assim, em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a fim de apoiar os estados membros para que a consciência profissional, o comprometimento político e a segurança na assistência a saúde, com foco nas boas práticas assistenciais, fossem promovidas (DONALDSON e FLETCHER, 2006; WHO, 2006).

Desde então, a Aliança Mundial tem lançado desafios globais para a segurança do paciente. O primeiro desafio da OMS foi a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), enfatizando a prática da higiene das mãos como medida essencial para a prevenção de infecções nos serviços de saúde (WHO, 2004; 2006).

Em seguida, com a finalidade de tornar os procedimentos cirúrgicos mais seguros, a OMS anunciou o desafio *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, divulgando um conjunto de normas de segurança que pudesse ser aplicado em diferentes países e contextos de saúde. Além dessas ações, o *checklist* de segurança cirúrgica foi conduzido em diversos serviços dirigidos à redução da morbimortalidade cirúrgica (WHO, 2009a).

Há uma tendência global para adotar as práticas seguras e baseadas em evidências científicas na área de saúde. Estas têm sido recomendadas internacionalmente pela OMS. Assim, as pressões para proporcionar as melhorias tangíveis na segurança e na qualidade têm crescido entre prestadores de serviços, líderes do sistema de saúde e formuladores de políticas, que buscam a melhor forma de organizar os serviços e estabelecer a cultura de segurança (DRIVER et al., 2014).

Diversos órgãos e instituições nacionais e internacionais têm colaborado para divulgação e implementação dos protocolos, das listas de verificações e das metas internacionais de segurança do paciente divulgados pela OMS. Assim, seguiram-se a adesão

de diversos países aos protocolos e *checklists* construídos em prol de um objetivo único e mundial, “a segurança do paciente” para prevenção de EAs e o alcance das seis metas internacionais.

Conforme a *Joint Commission* (JC, 2013), as seis metas internacionais de segurança do paciente compreendem: identificar o paciente corretamente, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.

Ressalta-se também a campanha realizada pelo Instituto de *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), que divulgou duas campanhas: *Salvar 100.000 vidas*, em 2005, e *Proteger 5 milhões de vidas de danos*, em 2006. Essas campanhas contribuíram para disseminar as práticas seguras, como prevenção de complicações cirúrgicas, infecções e lesão por pressão, segurança no uso dos medicamentos e melhoria da assistência à saúde por meio de programas de melhoria de qualidade. As campanhas foram direcionadas aos hospitais nos Estados Unidos, mas mobilizaram hospitais no mundo inteiro, inclusive no Brasil (BRASIL, 2013c).

Outras instituições, como a *National Patient Safety Agency* (NPSA), no Reino Unido, promovem a segurança e contribuem para a melhoria da assistência ao paciente, informando, apoiando e influenciando o sistema de saúde inglês. A NPSA tem reforçado a integração das atividades desenvolvidas pela gerência de riscos nos serviços de saúde como uma das ações essenciais para a segurança do paciente. O gerenciamento de riscos é uma instância hospitalar que tem enfoque na qualidade e trabalha na prevenção dos riscos identificados, que podem atingir os pacientes (NHS, 2010).

O Brasil, como signatário da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, adotou, em 2008, a campanha de segurança cirúrgica e divulgou em 2009 por meio da tradução, confecção e distribuição, a nível nacional o manual: *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, bem como o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, orientando as práticas seguras aos profissionais brasileiros (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Dada a prioridade à segurança do paciente no Brasil, em 2013 foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, e prevenir e reduzir a incidência de EA relacionados à assistência nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2013d; 2014b).

No entanto, são grandes os desafios para a implantação do PNSP no Brasil, como a deficiente infraestrutura dos serviços de saúde e dos equipamentos; os suprimentos e a qualidade de medicamentos, que não inspiram confiança; as falhas de gestão das organizações e no controle de infecções; as inadequações na capacitação e treinamento de pessoal; e o subfinanciamento severo (BRASIL, 2013c; 2014b).

Tais desafios requerem mecanismos para operacionalizar o PNSP e, em 2013, criaram-se os Núcleos de Segurança do Paciente, que consistem em instâncias do serviço de saúde para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Dentre diversas ações, possui a incumbência de elaborar o plano de segurança do paciente para o estabelecimento de saúde e pô-lo em prática, juntamente com a adaptação e a implantação dos protocolos que visam ao cumprimento das seis metas internacionais de segurança do paciente (BRASIL, 2013d).

Outros organismos, no Brasil, como a ANVISA, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre outros parceiros, têm colaborado e trabalhado em prol da elaboração, publicação e implantação de normas técnicas sobre segurança do paciente e notificação de EAs, entre outras orientações (BRASIL, 2013c).

As ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), como parte integrante do SUS, envolvem inspeções nos estabelecimentos de saúde, examinando as conformidades e não conformidades com requisitos que visam à proteção e à promoção da saúde individual e coletiva. As inspeções reorientam o planejamento dos serviços de saúde e criam oportunidades de implementação de medidas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente (OLIVEIRA e DALARRI, 2011).

Ademais, o SNVS desenvolve um trabalho de fiscalização, monitoramento, orientação e apoio, que vem sendo realizado por profissionais que auxiliam os estabelecimentos de saúde a operacionalizarem na prática as normativas e os programas desenvolvidos em prol da assistência cirúrgica segura (BRASIL, 2011a; 2011b; 2012a; 2013c).

Cabe destacar também o incentivo ao envolvimento do paciente nas ações de segurança nos serviços de saúde como elemento fundamental para a qualidade assistencial. Nesse sentido, o SNVS abriu frentes de comunicação com a sociedade que vão desde a apresentação de suspeitas de irregularidades, passando pela notificação de queixas pelo Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), sistema *online* de notificação. Para alcançar os mais variados perfis sociais, a agência publica informes, alertas e orientações

gerais em sistema de informação em rede de internet, com milhares de seguidores no Brasil e fora dele (BRASIL, 2011a; 2011b).

Outra parceria consiste nas ações desenvolvidas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2004), que se configura como uma apoiadora da promoção da qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital. Por meio do Programa de Acreditação Hospitalar, são avaliados os padrões de referência de qualidade desejáveis, como os recursos institucionais, de forma periódica, com foco na educação continuada dos profissionais e com o intuito de garantir a qualidade da assistência, por meio de padrões previamente aceitos de qualidade e segurança.

A Acreditação Hospitalar surge como uma possibilidade de promover mudanças no cenário atual, desgastado pelo modelo tecnicista de atendimento. O novo processo de qualidade traz mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos; impõe aos sujeitos envolvidos a ruptura do cuidado mecanizado, bem como fomenta um ambiente organizacional de excelência (MANZO et al., 2012).

Outra iniciativa específica nesse campo consistiu na formação da Rede Sentinela, que compõe as instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco na busca ativa e notificação de EAs, e o uso racional das tecnologias em saúde, voltado para os hospitais públicos, filantrópicos ou privados. Desde 2011, as instituições que participam da Rede Sentinela devem ter uma gerência de risco na qual são capacitadas sobre gestão de risco e segurança do paciente (BRASIL, 2009b; 2013c)

O portal Proqualis da Fundação Oswaldo Cruz, lançado em 2009, também merece destaque por seu relevante papel na disseminação de conhecimento científico nas áreas de informação clínica e de segurança do paciente (PROQUALIS, 2015).

Na área de enfermagem, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) foi criada em maio de 2008, vinculada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) como uma iniciativa da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Os objetivos da REBRAENSP são disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, usuários e seus familiares. Essa relevante iniciativa traz visibilidade à enfermagem no desenvolvimento da cultura da segurança (BRASIL, 2014b).

Igualmente, o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) tem como missão transformar a segurança do paciente em prioridade estratégica nas instituições de saúde. Trata-se de um parceiro dos estabelecimentos de saúde que desejam proporcionar uma assistência segura aos seus pacientes, tornando-se um marco para a segurança do paciente no

país. Promove a construção de sistemas seguros com foco no paciente e com foco na qualificação de todos os profissionais envolvidos, desenvolvendo educação em todos os níveis da instituição de saúde, com vistas a uma assistência segura (IBSP, 2016).

Percebem-se um notável movimento e o empenho de toda a sociedade internacional e brasileira para um envolvimento com muitos parceiros, mas ainda há muito a ser feito. A segurança do paciente é relativamente nova na área da descoberta científica emergente. A visão dinâmica e a integração entre as nações permitem o desenvolvimento contínuo das práticas seguras, de modo a incorporarem novas ideias e conhecimentos (DONALDSON, 2009).

Sabe-se das dificuldades da implantação das políticas em países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo, onde são muitos os entraves e barreiras. Contudo, a OMS (2009a) alerta que, embora os sistemas de saúde difiram de um país para outro, as ameaças à segurança do paciente têm causas e soluções semelhantes e, portanto, podem ser implementadas mesmo com todas as dificuldades encontradas.

É conhecida a situação dos países em desenvolvimento que merecem atenção devido à existência de maiores dificuldades, como qualidade dos medicamentos duvidosos, recursos humanos desmotivados e deficiência dos custos operacionais essenciais dos serviços de saúde. Assim, têm-se aumento na probabilidade dos EAs em detrimento das nações desenvolvidas (CASSIANI et al., 2009).

No entanto, conforme Gouvêa e Travassos (2010), a segurança do paciente é parte de um conceito mais amplo: a qualidade da atenção à saúde. A implantação de um programa global e multidimensional para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde deve ser uma prioridade dos governos em todos os níveis. Para desenvolver indicadores que permitam o monitoramento e a avaliação da melhoria de qualidade nos serviços, é preciso investir no desenvolvimento de capacidades locais e nos sistemas de informação já existentes.

Assim, para sustentar os esforços e gerar impacto na organização, é preciso que os membros da alta direção, a gerência intermediária e os gestores de recursos financeiros demonstrem maior engajamento na agenda da segurança. Ademais, é importante frisar que a melhoria de qualidade só é sustentável se houver atenção para as questões da segurança e da qualidade em todos os níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2011a; 2011b).

3.2 PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: UMA ESTRATÉGIA GLOBAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

As complicações oriundas de procedimentos e cuidados cirúrgicos têm se tornado uma importante causa de morte e invalidez em todo mundo, desde os procedimentos simples no cuidado a saúde, até os que envolvem etapas críticas, com potencial para causar falhas e danos aos pacientes, os EAs (WHO, 2009b; BRASIL, 2013b).

É importante distinguir os EAs assistenciais de outras ocorrências indesejadas. Os EAs são decorrentes de cuidados fornecidos aos doentes nos estabelecimentos de saúde, enquanto os demais desfechos são consequência da evolução natural das enfermidades (GALLOTTI, 2004; MENDES, 2007).

Destacam-se as diferenças quanto à classificação dos EAs graves e dos eventos sentinelas. Um EA grave é compreendido como qualquer ocorrência clínica desfavorável que resulta em ameaça ou risco de vida, hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, ao passo que um EA considerado sentinela implica em danos ainda maiores (ONA, 2006; WHO, 2009b).

Conforme Taylor et al. (2014), um evento sentinela é uma ocorrência inesperada, envolvendo morte ou lesão física ou psicológica grave que envolva perda de um membro ou função. Tais eventos sinalizam uma necessidade de investigação, e requerem uma ação imediata e uma análise completa do evento, adoção de melhorias e monitorização. Como relatam as autoras, os erros são oportunidades de aperfeiçoamento que não devem ser ignorados.

Além dos EAs graves, há os incidentes ou situações em que os riscos para ocorrência de EAs se apresentam. Uma das publicações da OMS sobre segurança do paciente apresenta definições para o *near miss*, que, em suma, representa um incidente que, por algum motivo, foi interceptado antes de atingir o paciente, podendo ou não causar danos. Ainda segundo essa publicação, o incidente pode ser sem dano, com dano (EA) ou *near miss* (WHO, 2009b).

São EAs que comumente afetam a vida dos pacientes as IRAS, os erros no preparo ou na administração de medicações, as reações adversas graves aos medicamentos, os erros de diagnóstico, as falhas na comunicação entre a equipe, as cirurgias em pacientes trocados ou em partes do corpo erradas e a retenção de corpos estranhos. Somam-se ainda as quedas, as lesões por pressão, as taxas de tromboembolias, entre outros eventos (MENDES, 2007; WACHTER, 2010; STEENHUYSEN, 2011).

Os EAs implicam em custos sociais e econômicos importantes, com danos irreversíveis aos pacientes. Estimou-se a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano nos Estados Unidos decorrentes dos EAs (KOHN et al., 2000).

Recentemente, pesquisa realizada a partir de estudos publicados entre 2008 e 2011 por James (2013) apontou que as mortes decorrentes de erros hospitalares evitáveis tornaram-se a terceira principal causa de morte nos EUA, e que erros decorrentes da assistência à saúde aumentaram e são responsáveis por cerca de 400 mil mortes por ano.

Os erros médicos nos EUA geram um custo anual estimado de US\$ 37,6 bilhões para EAs. As complicações pós-operatórias foram as mais caras, perfazendo 35% dos custos (DEN BOS et al., 2011).

Estima-se que, nos hospitais europeus, um em cada dez pacientes sofra danos que poderiam ser prevenidos durante a assistência. Nos Estados Unidos, essa estimativa é de um em cada três pacientes internados (O'CONNOR et al., 2010; STEENHUYSEN, 2011).

No Reino Unido, tal qual nos EUA, o erro humano aparece como terceira causa de mortalidade após câncer e cardiopatia, tendo uma mortalidade anual estimulada de 80 mil óbitos (BRASIL, 2013b). Na Holanda, em torno de 881 eventos não intencionais foram encontrados em relatos e prontuários estudados em dez hospitais, dos quais 33% foram classificados como eventos de medicação com 72% das causas ocorridas por falha humana, seguidos por 16% devido a fatores organizacionais e 5,7% por problemas técnicos. Dentre todos os eventos, mais da metade teve consequências danosas para o paciente (WAGTENDONK et al., 2010).

Vale destacar que a maior parte das ocorrências de EAs (cerca de dois terços) é atribuída a pacientes cirúrgicos internados em ambiente hospitalar e que 1 em cada 150 pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente (VRIES et al., 2008).

Uma análise de eventos sentinelas relatados pela JC dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos EAs relatados ocorrem devido à realização de cirurgias em sítios errados. Ressalta-se, assim, que os EAs são mais frequentes e possuem maior impacto na atenção cirúrgica. A cada ano, cerca de 234 milhões de cirurgias são realizadas no mundo, e em torno de sete milhões de pacientes apresentam incidentes e outros dois milhões morrem, quando 50% desses eventos poderiam ser prevenidos (WHO, 2009a).

Somam-se algumas razões para a ocorrência de EAs na assistência cirúrgica, destacando-se a falta de comunicação e distração da equipe multiprofissional, e a não conferência da identificação do paciente e de materiais durante a assistência, entre outros, que

constituem indicadores importantes para elevar a propensão de erros na assistência cirúrgica (BOHOMOL e TARTALI, 2013).

Os problemas relacionados à segurança cirúrgica também são decorrentes da organização incipiente dos serviços de saúde, falhas no controle de infecções, falta de treinamentos para equipe e o subfinanciamento severo, além da baixa qualidade da atenção à saúde prestada (WHO, 2009a; BRASIL, 2013b).

Além das falhas relacionadas à assistência cirúrgica, somam-se os erros na administração, dispensação e prescrição de medicamentos. No Brasil, sugere-se que tais erros sejam ainda maiores pela falta de políticas sérias capazes de regulamentar o uso dos medicamentos, a incapacidade dos órgãos públicos em identificarem informações das reações adversas e a falta de incentivo aos profissionais para notificarem os erros (CASSIANI et al., 2009).

O impacto que a ocorrência de EAs tem no Brasil é preocupante para o SUS, por acarretar o aumento na morbidade, na mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica do país (BRASIL, 2013b).

Em hospitais brasileiros, estimaram-se a proporção e a frequência de pacientes que sofreram EAs, e constatou-se que as duas primeiras causas corresponderam às IRAS e às complicações cirúrgicas com, respectivamente, 24,6% e 20% dos casos (MENDES et al., 2009).

Pesquisa conduzida por Mendes et al. (2013) em hospitais brasileiros veio corroborar tais achados. Em amostra de 1.103 pacientes, foi revelado que em torno de 56 deles sofreram EAs. Mais uma vez, as IRAS e as complicações cirúrgicas e/ou anestésicas representaram 44,6% dos danos – considerado o maior percentual em relação a outros fatores.

Referente às notificações dos EAs, são mundialmente conhecidas as dificuldades que permeiam esse universo. Para obter a notificação, é importante que os profissionais reconheçam e relatem espontaneamente os incidentes. Entretanto, os sistemas de saúde não demonstram estar preparados para lidar com o manejo adequado das situações que provocam os eventos e as providências que devem ser tomadas (BRASIL, 2013b).

A realidade é que os profissionais receiam punições, o que resulta em falta de transparência e em um número de EAs detectados muito abaixo do que seria verdadeiro. No Reino Unido, estima-se que apenas em torno de 5% dos incidentes de segurança dos pacientes sejam relatados (WISE, 2016).

Estudo realizado em três hospitais utilizando uma ferramenta para detectar EAs revelou ter maior eficiência o método de procura nos prontuários do que por indicadores ou por relatos espontâneos dos profissionais. Este último obteve menor sensibilidade. A ferramenta utilizada detectou dez vezes mais a ocorrência de EAs nos prontuários. O relato dos profissionais obteve apenas 1% da detecção. No entanto, sabe-se que a quantidade de EAs é ainda maior do que o encontrado, pois faltam muitas informações nos prontuários, além do incipiente relato dos profissionais (CLASSEN et al., 2011).

A não divulgação desses eventos provoca uma grande lacuna e a baixa adesão dos profissionais ao reportarem o evento para o paciente, o que pode gerar transtornos importantes, uma vez que interfere na condução do tratamento após o incidente. Os trabalhadores relatam faltar claras orientações e preparo, para que saibam reportar o EA para o paciente (MIRA e LORENZO, 2015).

Também há falhas no relato e na divulgação entre os profissionais e seus chefes. As taxas de relato de erros de medicação entre enfermeiros, por exemplo, são muito menores do que os erros de medicação cometidos. Os profissionais acreditam que o sistema seja punitivo, onde se culpam os indivíduos, em vez do sistema. Como consequência, os erros não são reportados por medo de repreensão, punição e por acharem que não há necessidade quando o paciente não foi prejudicado (BAYAZIDI et al., 2012).

A baixa adesão ao relato dos EAs estende-se não somente na relação profissional-paciente, mas também na relação profissional-instituição. Além das consequências danosas à vítima e aos familiares do paciente, também há repercussões negativas para os profissionais e para a instituição.

Conforme Edrees e Federico (2015), os pacientes são considerados as primeiras vítimas, mas os prestadores de cuidados podem ser considerados as segundas vítimas, por sofrerem as consequências do erro em silêncio, depois da execução. Esses últimos são incapazes de lidarem com suas emoções e não possuem uma oportunidade de compartilhar como o EA os afetou. São comuns os sentimentos de culpa, medo, sensação de abandono, vergonha, ansiedade entre outros. Também é afetado o relacionamento cuidador-paciente, sem contar os encargos financeiros que podem sobrevir.

Para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos EAs pode acarretar diversos problemas, desde os emocionais, aos preceitos éticos e às punições legais a que podem estar expostos. Dessa forma, faz-se necessária uma discussão não punitiva sobre os EAs (DUARTE et al., 2015).

Para Amato-Vealey et al. (2008), o fator da transição da assistência entre um cuidador e outro pode também colocar os pacientes em maior risco para ocorrência de EAs. Para minimizar tais riscos, recomenda-se uma abordagem padronizada, sendo a melhoria da comunicação uma ferramenta eficiente.

Aprende-se que falhas na comunicação e da liderança são os principais contribuidores para incidentes danosos, como óbitos, entre outros e o progresso na segurança do paciente é ainda frustrantemente lento. Assim, espera-se um clamor por maior vigilância nos cuidados em todo o mundo. Sabe-se que é improvável que o erro seja eliminado por completo, contudo as ações realizadas têm demonstrado que os impactos dos danos podem ser minimizados (LYNDON et al., 2015; YU et al., 2016).

A atitude para segurança do paciente repensa os processos assistenciais com o intuito de identificar a ocorrência das falhas, antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Assim, é importante conhecer quais são os processos mais críticos e, desse modo, com maior probabilidade de ocorrência, para que possam ser desenvolvidas ações eficazes de prevenção (BRASIL, 2013b).

Os erros latentes são acarretados pelas decisões que induzem ao erro, pela ação ou pela omissão, podendo ficar adormecidas por um longo período de tempo e somente são evidenciáveis quando se relacionam com outros fatores da cultura organizacional (REASON, 2008).

Nesse raciocínio, a maioria dos incidentes não resulta da imprudência do indivíduo ou das ações de um grupo particular. Mais comumente, os incidentes são causados por sistemas defeituosos, processos e condições que conduzem os profissionais a cometerem erros e não para impedi-los (KOHN et al., 2000).

Para Wachter (2010), enfatiza-se a existência de uma cultura organizacional não voltada para a segurança, conforme aponta o modelo desenvolvido por Reason em 1990 para os acidentes em organizações complexas, como na aviação comercial e nas instalações nucleares. O descumprimento ou a inexistência de protocolos, e as pressões diversas sobre as pessoas formam uma atmosfera decisiva para a ocorrência do erro e, conseqüentemente, de dano real.

Esse modelo pode ser repensado e aplicado às organizações de saúde, nas quais um dano, um erro ou um incidente pode custar uma ou muitas vidas. A figura 1 retrata a dinâmica de uma organização que exhibe, em seu processo de trabalho, a ausência de uma sistema voltado para a segurança.

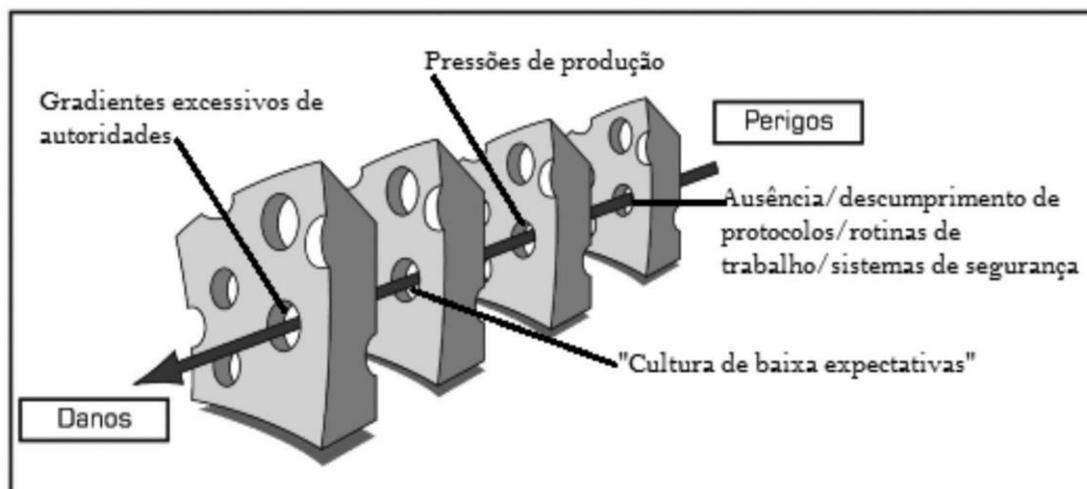


Figura 1 - Modelo para os acidentes em organizações complexas. Brasília, DF. 2014.
 Fonte: adaptado de CORREA e CARDOSO JR., 2007; WACHTER, 2010 *apud* BRASIL, 2013b.

As normas e os protocolos muitas vezes são imprecisos ou inexistentes nas organizações de saúde. Amplificam-se as chances de dano ao paciente: a superlotação dos hospitais; as falhas em prontuários e prescrições; os erros na dispensação de medicamentos; a falta de materiais e equipamentos, além do estresse e da pressão das condições do ambiente de trabalho. Em geral, a cultura administrativa do hospital erra ao estabelecer o fator humano como única barreira para promover a segurança do paciente, tendo a situação agravada por decisões judiciais desfavoráveis (BRASIL, 2013b).

Erros normalmente ocorrem, mas podem ser minimizados com formação adequada e comunicação eficaz, por meio de um sistema de contínua educação sobre segurança, em que as ações dos profissionais envolvidos sejam revisadas, objetivando a prevenção do erro antes que esses aconteçam (KIM et al., 2015).

Muitas instituições de pesquisa reconhecem e enfatizam que as causas de um EA não podem estar relacionadas simplesmente às ações individuais dos profissionais que assistiram diretamente o doente, mas à organização do serviço de saúde, indicando maior atenção às peculiaridades do próprio sistema e de seus subsistemas (BRASIL, 2013b).

Conforme Graber (2013) há uma clara necessidade de pesquisas adicionais, que divulguem estratégias de trazer à tona os erros. Tais abordagens, para serem promissoras, devem incluir o uso de ferramentas elaboradas, que foquem na identificação de erros diagnósticos e incidentes, e que também instituem formas de encorajar pacientes e profissionais de saúde a reportarem voluntariamente os EA.

Destaca-se a importância da utilização dos instrumentos de notificação de EAs pelas instituições, além da adoção de outras estratégias, pois podem contribuir para o

acompanhamento e o controle das ocorrências, e para a elaboração de medidas preventivas realmente eficazes (DUARTE et al., 2015).

Conforme Santana et al. (2014), a mitigação dos EA só será efetiva quando os indivíduos estiverem plenamente conscientes da dimensão das consequências maléficas que tais eventos provocam. A disponibilização de documentos e de instrumentos que estimulem a participação do paciente e de seus familiares nas ações de cuidado é fator importante nesse processo.

Ademais, muitos dos eventos potencialmente de riscos e danosos podem ser prevenidos ou sanados por condutas nos serviços que garantam boas práticas pautadas em evidências científicas (BRASIL, 2009a; VENDRAMINI et al., 2010).

Atenção deve ser dada à qualificação profissional da equipe, sobretudo do enfermeiro, enquanto líder, condutor e orientador da maior força de trabalho da equipe de enfermagem. Em estudo desenvolvido por Kirwan et al. (2013), descobriu-se que quanto mais elevado o grau de instrução dos enfermeiros, mais motivados e empenhados estes estão para promoverem a segurança dos pacientes e qualificar a assistência na prevenção dos EAs. Esse achado encontra-se em amplo estudo transversal conduzido na Irlanda em 30 hospitais, com 1.406 enfermeiros, que incluiu relatórios sobre aspectos de percepção de trabalho dos enfermeiros sobre a segurança e a qualidade dos cuidados e sobre a ocorrência de EAs.

É real a necessidade de apoiar que os profissionais da saúde unam esforços e se sintam responsabilizados de seu papel, tanto individual quanto coletivo, e que a política da não punição e da comunicação e educação em serviço tenha ação concreta, a fim de substituir o medo, a desconfiança e o isolamento de todos os envolvidos no contexto dos EAs.

3.3 ADESÃO À CULTURA DE SEGURANÇA E OS CAMINHOS PARA ALCANÇÁ-LA

De acordo com Robbins (2005), as organizações, assim como as pessoas, são dotadas de características próprias, podendo ser conservadoras ou inovadoras, rígidas ou flexíveis, hostis ou apoiadoras. Duas ou mais instituições podem atuar no mesmo negócio e estarem localizadas na mesma cidade, porém ter recursos humanos diferentes, instalações diferentes, caráter e sentimentos únicos, de modo que cada uma possuirá a sua própria cultura.

Correa e Cardoso (2007) reforçam que algumas organizações estão mais predispostas a sofrerem danos que outras. Essa maior suscetibilidade é chamada “síndrome do sistema vulnerável” e possui três fatores que se interrelacionam: a atribuição da culpa ao profissional, a negação da ocorrência de erros e a busca desenfreada por produtividade. Esses elementos cooperam para consolidar o comportamento humano inseguro e negativo dentro da instituição.

Em uma organização, o comportamento humano na esfera cultural pode ser compreendido como o conjunto de hábitos e atitudes observados, padronizados em um grupo de pessoas, que expressa sua identidade e nível de coesão. Nesse cenário, o comportamento de pessoas que trabalham em uma mesma área, é esperado que seja padronizado, visando ao fortalecimento dos valores grupais da cultura da área e sua identidade (CROZATTI, 1998).

A cultura pode significar um somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo, de um instituto ou organização. É importante compreender que as influências da cultura afetam o desempenho e a produtividade de uma organização. A cultura de uma organização é singular, é o que é de mais importante e peculiar e, assim, difícil de mudar (ROSS, 2015).

A cultura, com relação ao comportamento, é a base para a identificação dos desafios, para a análise das alternativas e a tomada de decisão, levando as pessoas a executarem ações. É provável, após análise e adequada compreensão dos elementos e pressupostos principais de suporte, refletir a respeito das possíveis decisões e ações de determinado grupo de pessoas que partilham a mesma cultura (CROZATTI, 1998).

Dentro desse pensamento, pode-se inferir que uma cultura de segurança instituída em uma organização de saúde visa externalizar um sentimento e as atitudes comuns de um grupo de indivíduos que compreendem em sua profundidade a importância do cumprimento das práticas que envolvem a segurança do paciente, desde a identificação, do uso racional dos

medicamentos, do seguimento das boas práticas, da notificação dos EAs, bem como todos os outros itens que englobam a segurança do paciente.

Logo, a cultura de segurança é essencialmente uma cultura em que todos estão conscientes de seu papel e sua contribuição para a organização, e são responsáveis pelas consequências das suas ações (SILVA e BARROSO, 2014).

O estabelecimento de uma cultura de segurança de alta confiabilidade é um dos maiores desafios que uma organização de saúde tem que alcançar. Os estudos mostram que 75% a 80% das iniciativas exigem dos líderes institucionais mudança de comportamento, porque eles não estão ativamente envolvidos com a segurança (BIRK, 2015).

A qualidade da assistência ao paciente resulta em um atendimento seguro, e, para isso, a construção de uma cultura de segurança é fundamental. Isso requer comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar os pontos críticos como eixos norteadores de sua organização, além de envolverem-se com as situações, as dificuldades e desafios que a equipe de saúde enfrenta diariamente, para, então, criar um canal efetivo de comunicação e confiança (PAESE e DAL SASSO, 2013).

Estudo realizado por Fermo et al. (2016) avaliou a cultura de segurança entrevistando profissionais médicos e de enfermagem. Foi conduzida uma análise das atitudes que contemplam as dimensões “clima de segurança”, “clima de trabalho em equipe”, “condições de trabalho”, “percepção do estresse” e “percepção sobre a gerência da unidade e do hospital”, os achados apontaram para a necessidade de intervenções em todas as áreas, sobretudo na dimensão “condições de trabalho”, que foi a pior avaliada.

As peculiaridades de uma cultura de segurança envolvem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento de que o erro pode ser evitado, a identificação das potenciais ameaças e a incorporação de um sistema não punitivo, que estimule o relato dos EAs pelos profissionais de saúde, bem como sua análise (HELMREICH e MERRITT, 2001).

É importante salientar que a cultura de responsabilidade, e não de culpabilização, permite aos profissionais o entendimento de que os incidentes ocorrem de forma imprevista e perturbam o desenvolvimento normal do sistema, e que a gestão desses eventos passa por sua identificação, registro, análise, discussão e prevenção. Consequentemente, a não punição fortalece os elos de confiança e as necessidades, e os erros são expostos mais claramente pelos profissionais, permitindo que a instituição elabore medidas para os processos de trabalho, unindo esforços com a educação permanente, a fim de estimular uma cultura da segurança e garantir uma assistência mais segura (PAESE e DAL SASSO, 2013; SILVA e BARROSO, 2014).

Para Souza et al. (2015), quando não há o estabelecimento de uma cultura de segurança em uma organização, os profissionais recebem pouca orientação sobre a ocorrência de erros e EAs e sobre as mudanças a serem implantadas após as falhas ocorridas. Conseqüentemente, persiste a baixa adesão à notificação de erros e EAs, bem como a maioria dos profissionais não se sente confortável diante de uma postura punitiva das instituições frente aos incidentes.

Somam-se às barreiras detectadas o fato de que, na área da saúde, vigora a cultura de que um bom profissional de saúde não comete incidentes. Esse pensamento é construído desde a fase em que o indivíduo é um estudante, ou seja, persiste no imaginário acadêmico a ideia de que não se pode errar. Trata-se da crença de que o profissional da saúde tem de ser infalível. Os erros do profissional não podem aparecer, pois sua competência seria questionada (CORONA e PENICHE, 2015).

Ressalta-se que é necessário não culpar os indivíduos pelos erros, mas sim tratar as falhas pessoais como oportunidades para melhorar o sistema e, assim, prevenir novos erros. A organização deve abandonar a filosofia de exigir perfeição e um desempenho profissional livre de erros e concentrar-se, em vez disso, em sistemas projetados para a segurança (NIEVA e SORRA et al., 2016).

Um exemplo recente de comprometimento com a cultura de não punição dentro das instituições de saúde ocorreu muito recentemente por meio de um acordo estabelecido em uma cúpula global de segurança do paciente em Londres, na qual o secretário de saúde Jeremy Hunt anunciou planos para melhorar a segurança e transparência dentro do NHS, sistema de saúde inglês. Foram prometidos proteção e apoio aos profissionais, a fim de prevenir processos legais e punição para os médicos em caso de cometerem erros e incidentes na assistência à saúde (O'DOWD, 2016).

Ainda, conforme o autor supracitado, também foi discutido a criação de uma equipe de médicos legistas especialistas para investigar a causa de todas as mortes de pacientes do NHS. Os gestores preveem uma maior transparência e estímulo para que os profissionais possam falar de seus erros e, por conseguinte, almeja-se que tal reforma possa superar a atual cultura de opressão.

Essa iniciativa traduz-se em avanço e serve de inspiração para sistemas de saúde em todo mundo. Tem como intento fortalecer o elo entre o profissional e a instituição, por meio do estímulo e do apoio necessários para que o profissional reporte EAs. A medida visa corrigir o sistema de saúde, visto aqui como o indutor de falhas no processo de trabalho. A

partir dos erros reportados, a estratégia é voltar-se para a os processos de trabalho da organização e, por conseguinte, todos se beneficiarem das melhorias alcançadas.

Com relação à avaliação da cultura de segurança de uma instituição, esta deve tomar como parâmetro as ações realizadas, e seu acompanhamento durante e após as intervenções terem sido executadas. A partir desse ponto, recomenda-se mensurá-las a fim de obter a melhoria desejada. A mudança de cultura é considerada uma medida de resultado em conjunto com outras medidas, como as taxas de erros e dos resultados clínicos, dentre outras (NIEVA e SORRA, 2016).

Tais resultados na avaliação podem servir de base para elaboração futura de um programa ou plano de segurança do paciente na instituição, considerando as peculiaridades conhecidas de uma determinada cultura organizacional.

Conforme Fermo et al. (2016), a segurança do paciente é prioridade, e necessita de políticas e programas que estabeleçam medidas conjuntas, com posterior avaliação dos efeitos causados por sua efetivação. É necessário melhorar o trabalho em equipe, aumentar a qualidade da comunicação entre os profissionais da saúde e também com os gestores, realizar educação em saúde continuada acerca da temática, para que os erros sejam abordados de forma sistêmica, e toda e qualquer preocupação com a segurança do paciente seja discutida.

Parcerias desenvolvidas entre organismos de saúde, universidades e instituições de pesquisa são extremamente importantes e essenciais para a promoção da cultura de segurança. Um exemplo disso é a ampla divulgação científica que acontece dada a complexidade das questões que contextualizam a segurança do paciente.

Para Nieva e Sorra (2016), o interesse crescente pela cultura de segurança tem sido acompanhado da necessidade de construção de ferramentas de avaliação da melhoria da segurança que avaliam a cultura de segurança e podem ajudar uma organização a identificar as áreas consideradas mais precárias do que outras. As questões culturais identificadas como problemáticas podem fornecer material para posterior análise dos motivos e para a geração de ideias promissoras para a instituição.

Um exemplo disso são as pesquisas desenvolvidas para avaliar a cultura de segurança de uma organização. Em 2004, nos Estados Unidos, o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Com 42 itens distribuídos em 12 dimensões, ele foi aplicado para avaliar a cultura de segurança das instituições de saúde e mensurar, entre outras variáveis, os erros médicos, EAs, comunicação, gestão, resposta não punitiva ao erro e ações de promoção da segurança

do paciente e, com base nos resultados, foi possível propor soluções de melhorias (PIZARRO et al., 2008).

Na Espanha, estudo realizado por Gama et al. (2013) com 1.113 profissionais em oito hospitais utilizando o questionário do HSOPSC, adaptado e validado para a realidade espanhola, revelou que a segurança do paciente depende de uma gestão compartilhada internamente entre todas as unidades, incluindo a responsabilidade pelas melhorias sugeridas. Além disso, a enfermagem aparece como principal vínculo entre os demais profissionais.

Em 2012, o questionário HSOPSC sofreu uma adaptação transcultural para a língua portuguesa e para o contexto brasileiro. A partir de então, o instrumento pode ser utilizado amplamente no Brasil como ferramenta de avaliação da cultura de segurança a nível hospitalar (REIS et al., 2012).

Outro instrumento elaborado pela AHRQ, o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPS), foi recentemente traduzido, adaptado e validado para língua portuguesa no contexto brasileiro, com o intuito de avaliar a cultura de segurança na atenção primária. Trata-se de uma contribuição inédita, que foi publicada e encontra-se disponível como ferramenta a ser utilizada nos centros de saúde brasileiros (TIMM e RODRIGUES, 2016)

Em pesquisa realizada por Ques et al. (2010), as principais barreiras detectadas para o desenvolvimento da cultura de segurança pelos profissionais foram o corporativismo médico, a infraestrutura deficiente, a carência de protocolos, a ausência de liderança, a escassez de recursos humanos, a falta de motivação e os problemas na comunicação. Também manifestaram sensação de que a segurança é uma moda e que, em breve, será esquecida, o que denota falta de compromisso e certa resistência à mudança.

Pesquisa conduzida por Magalhães et al. (2013) reforça este resultado quando revela que, no Brasil, a segurança do paciente é prejudicada por problemas relacionados à escassez de recursos humanos e de materiais, falta de qualificação, carga de trabalho excessiva, absenteísmo e evasão profissional, fruto de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais. Além disso, os meios de comunicação rotineiramente relatam as condições precárias de trabalho nos hospitais públicos, com consequentes erros e falhas na assistência ao paciente.

Corroborando outro estudo realizado por Hindle et al. (2008), que concluíram que um dos grandes obstáculos para a melhoria da segurança do paciente é a falha ou a ausência da comunicação entre os profissionais da saúde.

De acordo com Paranaguá et al. (2013), o desenvolvimento de uma cultura de segurança, a prática dos registros em saúde, a discussão das circunstâncias em que os EAs

ocorrem, assim como das condutas profissionais e organizacionais frente aos incidentes são um caminho a ser seguido para a transformação da realidade nas instituições de saúde.

Considerando essas questões, a presença de uma cultura de segurança ajuda a criar um ambiente sempre atento ao inesperado, o que é característica das organizações que possuem altíssima confiabilidade, como as indústrias de aviação e nuclear, em que o sucesso na área de segurança é estar sempre atento ao imprevisto e acreditar que os acidentes sempre estão para acontecer (WEICK e SUTCLIFFE, 2001).

Para estabelecer uma cultura de segurança, um piloto de aviação americano propôs a utilização de mecanismos de revisão por pares, no qual colegas de trabalho mantêm-se vigilantes quanto às práticas de segurança um dos outros, conhecido na aviação como abordar uma pessoa que está em risco de comprometer a segurança de uma forma não ameaçadora e respeitosa. Quando esta abordagem não funciona, a equipe deve seguir cadeia de comandos por meio de protocolos. Desse modo, aventa-se que o sucesso na aviação mundial advém da valorização do uso de normas, regras e protocolos para a prevenção de falhas materiais e humanas (BIRK, 2015).

Tais ações colaboram com a cultura de segurança e torna o transporte aéreo o mais seguro do mundo. Esse princípio pode ser copiado na área de saúde e tem inspirado gestores, pesquisadores e profissionais da saúde a produzirem seus protocolos e *checklists* baseados nas melhores evidências científicas. Assim, deve-se reconhecer que as falhas no sistema de saúde não são raras e devem ser entendidas como resultados de sistemas que desconsideram a possibilidade do erro humano. Esforços devem ser investidos para mudar tal cultura (PEDREIRA, 2009).

Vale ressaltar que deve haver a disseminação do conceito de cultura de segurança nos serviços de saúde, com o intuito de melhorar a internalização de um novo modo de agir dos profissionais durante a prática assistencial. A solução é aprender com erros e falhas; não por meio de punições individuais, mas pelo redesenho do sistema para redução de erros, criando uma cultura de segurança (SANTANA et al., 2014).

Justifica-se mais uma vez a necessidade do trabalho em equipe com uma adequada comunicação entre os profissionais e destes com os pacientes, pela discussão do erro e da situação que resultou no EA. Destaca-se a importância da comunicação para uma cultura de segurança positiva, além da confiança dos empregados nas medidas preventivas adotadas (GONÇALVES et al., 2011; PAESE e DAL SASSO, 2013).

Ademais, para formação de uma cultura organizacional consistente, a liderança é um fator indispensável, representada na figura do gestor. Conforme Campos et al. (2011), a

cultura é uma ferramenta de controle e as transformações, as inovações tecnológicas de gestão, bem como a inserção de avanços científicos e novos recursos exigem que os líderes e gestores, como parte do processo, acompanhem essas mudanças. As organizações buscam utilizar-se da liderança como arma fundamental para articular e conduzir, por meio de aspectos culturais, o cumprimento de objetivos e metas que deixam transparecer que a aprendizagem em grupo reflete os valores de um indivíduo.

Após as questões explicitadas, ponderam-se como elementos contributivos para a redução dos EAs a efetivação das políticas e normativas, que apoiam e subsidiam as ações dos profissionais a nível nacional e internacional, e as medidas de educação permanente. Os gestores e líderes dos sistemas organizacionais devem se valer dessas prerrogativas para atuarem de forma assertiva rumo ao estabelecimento de uma cultura de segurança.

3.4 CESÁREA NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A mortalidade materna é uma preocupação mundial. Estima-se que cerca de 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas com a gravidez e o parto, e que, diariamente, em torno de 99% dessas mortes ocorrem em países pobres e em desenvolvimento, especialmente nas áreas rurais (WHO, 2016a).

Cabe ressaltar que o risco de uma mulher morrer por causas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério varia de 1 para cada 150 nas regiões em desenvolvimento, enquanto que nas regiões desenvolvidas, o risco é de 1 para cada 3.800 mulheres (WHO, 2012).

No Brasil, a razão de mortalidade materna tem reduzido na última década, entretanto ainda permanece superior à considerada aceitável pela OMS: em torno de 44 óbitos por 100 mil habitantes no ano de 2015. A mortalidade materna é um indicador que reflete as mortes por causas evitáveis e exige mudanças das decisões e práticas que busquem reduzi-la drasticamente (WHO, 2016a).

Mesmo diante do acesso ao uso tecnológico na assistência ao parto e da melhoria da adesão ao pré-natal na última década, o Brasil não atingiu a meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), para os objetivos do milênio, de reduzir a mortalidade materna e alcançar uma taxa estabelecida de 35 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos para o ano de 2015 (BRASIL, 2014a; ONU, 2015).

De acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento das Nações Unidas pode-se considerar a realização indiscriminada de cesáreas o motivo por trás desse problema no país, que implica em riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para a criança. Também há reflexos de elevação dos custos para o SUS e a baixa qualidade da assistência fornecida às mulheres (BRASIL, 2014c).

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de operações por ano. De acordo com recente publicação do Ministério da Saúde, “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, a cirurgia atingiu 56% dos partos no Brasil, quando a recomendação da OMS é de que o total não ultrapasse 10%. Na rede privada as taxas são ainda maiores, em torno de 85%. No entanto, é importante destacar que, quando realizada com indicação médica adequada, a operação cesariana é uma cirurgia essencial para a saúde materna e infantil (BRASIL, 2016a).

Uma elevada taxa de cesárea, aliada a uma precária assistência obstétrica e uma baixa adesão dos profissionais médicos ao parto normal, aponta um cenário desafiador para as políticas públicas de saúde no Brasil.

Esse panorama exhibe reflexos negativos na assistência obstétrica, pois, a maneira intervencionista com que vem sendo conduzida a assistência ao parto no país tem exigido das políticas públicas de saúde da mulher o foco na redução das cesáreas e no estímulo ao parto de risco habitual, aliado às práticas seguras baseadas em evidências científicas, chamadas de “Boas práticas”, divulgadas pelo Ministério da Saúde em 2000 e novamente preconizadas pela atual política materno-infantil intitulada “Rede Cegonha”, lançada em 2011. Notam-se o descaso e a não internalização dos profissionais para as práticas que tornam o parto mais seguro no Brasil (DINIZ, 2005; BRASIL, 2011c).

Cabe ressaltar que a cesárea eleva os riscos de diversas complicações que podem ser fatais ou podem afetar permanentemente a saúde, dentre as quais a hemorragia, a infecção e os problemas na anestesia. Podem produzir também aderências pélvicas graves, até mesmo com consequências maléficas para futuras gestações. A dor também é um importante fator após a cirurgia, como também exige um período longo de recuperação e mais dias de internação hospitalar (ECKER, 2004; WILEY e SONS, 2013).

Outro identificador que reflete o crescimento das cesáreas é a realização da cirurgia sem indicação, assunto controverso e bastante discutido na literatura médica, porém pouca atenção tem sido dada a um fato preocupante, o de que as cesáreas eletivas têm ocorrido em idades gestacionais cada vez mais precoces, aumentando as chances de resultados neonatais adversos em virtude das complicações que podem causar (FRANCISCO e ZUGAIB, 2013).

Em estudo conduzido por Tita et al. (2009) e Clark et al. (2009), os achados apontaram resultados neonatais adversos encontrados mais frequentemente em cesáreas eletivas realizadas com 37 semanas do que quando realizadas com 39 semanas ou mais. É comum a realização de cesáreas agendadas antes de 39 semanas de gestação, e estas estão associadas com EAs graves, como permanência do neonato em unidade de terapia intensiva (UTI) com distúrbios respiratórios importantes, sepse e parada cardiorrespiratória, gerando ônus social e econômico para a família e para a instituição.

Em uma tentativa de reduzir as cesáreas antes das 39 semanas de gestação, recentemente, o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 2.144/2016, que visa assegurar a integridade do feto, instituiu que as cesáreas só podem ser realizadas a partir de 39 semanas de gestação. Essa medida visa minimizar o impacto dos EAs nos casos de nascimentos prematuros, pois há maior possibilidade de problemas respiratórios nas cesáreas realizadas abaixo de 39 semanas, em virtude de o pulmão fetal ainda não ter alcançado maturidade máxima para o nascimento (CFM, 2016).

A elevação dos riscos maternos também é significativa para as cesáreas a pedido da genitora: maiores complicações em gestações subsequentes, risco maior de infecção, ruptura uterina, problemas de implantação da placenta, possibilidade de histerectomia e prolongamento da internação no hospital. Assim, na ausência de indicações maternas ou fetais para a cesárea, recomenda-se um plano para o parto normal como opção mais segura (ACOG, 2013).

Além disso, no Brasil, apesar da maioria dos partos se concentrar no hospital, onde há tecnologia mínima disponível, o uso crescente e inapropriado de tecnologias não necessariamente traz o benefício desejado, revelando o paradoxo perinatal brasileiro, uma vez que a tecnologia pode conduzir a intervenções iatrogênicas, com seus danos subsequentes (DINIZ, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2016a), são complexas as causas das cesáreas excessivas no país. Essas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada, ainda bastante centrada na atuação individual dos profissionais, em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe, as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem os nascimentos e as características da assistência pré-natal, a qual comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto e nascimento.

A questão cultural e social também contribui para o aumento das cesáreas, de modo que as mulheres brasileiras de maior estrato social e nível educacional e profissional são as mais suscetíveis a submeterem-se à operação cesariana no serviço privado (ALONSO, 2015). Isso é facilmente comprovado pelos altos índices de cesáreas em hospitais particulares.

Muitas mulheres desejam a cesariana devido à cultura pró-cesárea que foi instituída ao longo das décadas no Brasil e a alienação social, pois elas ignoram ou não sabem do risco inerente à cirurgia, que se tornou bastante banalizada. Entretanto, é importante destacar que a cesárea implica em ainda maiores riscos de complicações para a mulher e o bebê.

O Brasil vem elaborando estratégias para a redução das cesáreas e melhorias na atenção obstétrica, por meio de publicações nacionais sobre qualidade e segurança na assistência materno-infantil, dentro das melhores evidências científicas existentes, por meio do Ministério da Saúde e da ANVISA, entre outros organismos.

Em 2006, o *Institute for Innovation and Improvement*, do NHS britânico, publicou uma série de documentos para melhorar os cuidados obstétricos e promover a redução das taxas de cesárea que também vem aumentando no Reino Unido. O documento intitulado

“*Focus on: caesarean section*” divulgou para o mundo experiências positivas com sucesso nos resultados maternos e perinatais, e tem sido uma referência para o Brasil (NHS, 2013).

Para Foster et al. (2006) e Lyndon et al. (2015), as elevadas taxas de morbidade e mortalidade perinatal observadas no Brasil implicam em custos altos de litígio em obstetria pelos eventos e danos catastróficos que provocam. Entretanto, pouco se sabe sobre os EAs em pacientes obstétricas. A escassez de dados desses incidentes em obstetria reflete a pouca preocupação nesse campo e a baixa divulgação de incidentes não corresponde à realidade.

Estima-se que em torno de 2% das pacientes obstétricas sofram algum EA grave durante o parto. Considerando-se cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano no Brasil, isso pode representar cerca de 60 mil mulheres sofrendo algum EA por ano. Dentro desse cenário, a assistência obstétrica e neonatal deve ser uma prioridade para as ações relacionadas à segurança do paciente (FOSTER et al., 2006; BRASIL, 2014a).

A prática obstétrica envolve eventos imprevisíveis e situações de alto risco são frequentes, sendo uma área muito vulnerável a erros médicos. Neste campo, são várias as iniciativas que podem auxiliar na prevenção de EAs como, a educação continuada, a monitorização dos EAs e a utilização de *checklists* adaptados (DUPREE et al., 2009).

Conforme Pettker et al. (2011), após implementação de um sistema anônimo de notificação de EAs por meio de um protocolo de segurança do paciente na área obstétrica em unidades de saúde nos Estados Unidos, entre 2004 e 2009, os achados revelaram um aumento da percepção positiva do trabalho em equipe (39%, em 2004, para 63%, em 2009), adesão às práticas seguras (33 para 63%), aumento da satisfação no trabalho (39 para 53%) e melhoria na gestão (10 para 37%). Também se constatou melhora da comunicação entre todos os integrantes da equipe de saúde.

É importante destacar que, na atenção obstétrica e neonatal, deve prevalecer a concepção de que os EAs não comprometem somente partes ou função do corpo, como lesões, incapacidade, disfunção ou até a morte, mas também se consideram os que envolvem sofrimento intenso, do ponto de vista social, psicológico, moral e cultural (BRASIL, 2014a).

Para Marcolin (2015), os EAs na área obstétrica e neonatal exigem ações de notificação, investigação e análise, como as mortes maternas, fetais e neonatais; parto eletivo programado; histerectomia; trauma perineal grave; rotura uterina; transfusão sanguínea; eclâmpsia; readmissão hospitalar no puerpério; infecção puerperal; distócia de ombro; asfixia neonatal intraparto; complicações anestésicas; internação materna na UTI e parada cardiorrespiratória.

Ainda segundo a autora, somam-se os problemas organizacionais: elevado tempo de espera para atendimento ou entrega de resultados de exames, prontuário não disponível, defeitos de equipamentos, erro na administração de medicações, violação de protocolo local, conflitos entre os membros da equipe de saúde com relação à conduta de um caso clínico e parto assistido por pessoa não qualificada.

Em países com baixa razão de mortalidade materna, a investigação de casos de potenciais EAs representa importante ferramenta de avaliação da qualidade da atenção à saúde materna, permitindo a identificação de falhas que podem causar incidentes no sistema assistencial, contribuindo, dessa forma, para a implantação de medidas corretivas e para prevenir potenciais EAs (SAY, 2009).

Na prática, os problemas encontrados nos cuidados que envolvem o parto e o nascimento nem sempre são informados. A comunicação facilita a correção de condições potencialmente perigosas e prejudiciais. As estratégias devem envolver a redução dos riscos perinatais e a análise dos fatores que interferem na segurança do binômio mãe/recém-nascido, por meio da análise dos EAs (WHO, 2015).

Para identificar o potencial dano durante a assistência obstétrica, obstetras, parteiras, enfermeiros e pessoal de apoio devem ser treinados, uma vez que a maior parte das mortes maternas, dos natimortos por problemas intraparto e das mortes neonatais em países de baixa renda é evitável (LYNDON et al., 2015).

Em virtude dessa problemática e dos riscos envolvidos na atenção cirúrgica e obstétrica, a OMS elaborou métodos simples e efetivos para melhorar a segurança dos partos ocorridos nos serviços de saúde. Intervenções baseadas em listas de verificação, com a finalidade de gerenciar tarefas complexas, prevenir a negligência dos profissionais ao prestar cuidados, minimizando a ocorrência de EAs, por meio do uso de *checklists* baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.

O *checklist* de segurança cirúrgica é uma importante ferramenta, que pode ser adaptada a diversos procedimentos cirúrgicos, inclusive a operação cesariana. Conforme a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) e da divulgação do protocolo de cirurgia segura (BRASIL; 2013a), a execução dos itens contidos na lista de verificação ou *checklist* permite prevenir EAs comumente recorrentes no perioperatório.

O *checklist* de segurança cirúrgica vem sendo adaptado para diversas cirurgias. A NPSA do Reino Unido adaptou a lista de segurança cirúrgica da OMS para ser utilizada em cesarianas em 2010, obtendo-se melhoria da qualidade e da segurança nos procedimentos (NHS, 2010).

Outra publicação recente divulgada pela OMS em meados do ano de 2015 vem corroborar e reforçar o cuidado dispensado à mulher e ao neonato na atenção ao parto: a mais recente publicação do *checklist* do Parto Seguro (WHO, 2015). Mas vale destacar que, esta publicação ainda não foi traduzida e nem divulgada pelo Ministério da Saúde.

Em estudo piloto conduzido por Spector et al. (2012) que testou o uso do *checklist* do Parto Seguro da OMS em nove países, verificou-se que, antes da utilização do *checklist*, as equipes possuíam adesão a apenas 10 dos 29 itens da lista. Posteriormente à introdução do *checklist* nos serviços, a adesão dos profissionais às práticas ali contidas aumentou significativamente para 25 itens dos 29 existentes, o que representou melhoria na assistência obstétrica e prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde.

Conforme a OMS (2015), os itens do *checklist* auxiliam na prevenção em todo o mundo das causas de mortes maternas, natimortos relacionados com intraparto e mortes neonatais, incluindo hemorragia, infecção, hipertensão, perturbações e complicações do trabalho de parto, como obstrução e prematuridade.

O *checklist* do parto seguro permite investigar outros aspectos que abrangem a assistência ao parto de risco habitual e da cesárea (WHO, 2015). Entretanto, não substitui o *checklist* da cirurgia segura, por não conter itens relacionados com o transoperatório. Pode-se considerar que ambos os *checklists* se complementam e, juntos, reforçam a segurança materna e neonatal.

Desse modo, o *checklist* de segurança cirúrgica contempla os itens que versam sobre a identificação do paciente, a assinatura dos Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) para cirurgia e anestesia, a conferência de materiais, equipamentos e medicamentos essenciais à cirurgia, bem como a verificação da segurança anestésica, conferência mandatória da contagem de materiais e instrumental, antes e depois do procedimento, a rotulagem e armazenagem de espécimes que porventura sejam coletados (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a), entre outros itens não contidos no *checklist* do parto seguro.

Em contrapartida, enquanto o *checklist* de segurança cirúrgica tem foco no perioperatório com vistas às etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da paciente sair da sala operatória, o *checklist* do parto seguro da OMS exhibe escopo das questões relativas ao cuidado especificamente materno e neonatal, envolvendo quatro etapas: a admissão, antes do parto de risco habitual ou da cesárea, logo após o parto e antes da alta do serviço de saúde (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a; WHO, 2015).

Dessa forma, o *checklist* do parto seguro versa sobre o cumprimento dos itens que envolvem o manejo do partograma, de antibióticos para o parto normal ou cesáreo, da conduta

na ruptura das membranas, do uso do sulfato de magnésio, do uso de anti-hipertensivos, do uso da ocitocina, do estímulo ao acompanhante no parto, do manejo do sangramento antes e depois do parto, da amamentação, dos alertas aos sinais de perigo na assistência a mãe e ao neonato, do esvaziamento vesical da puérpera, da monitorização e do uso de antibióticos para o neonato e do manejo da alta pós-parto entre outros (WHO, 2015).

Os *checklists*, bem como o uso de protocolos e programas de segurança, são iniciativas que visam mitigar o impacto dos EAs na área obstétrica e neonatal. Vale ressaltar que não basta implantar tais condutas comprovadas cientificamente e sim, após implantá-las, avaliá-las por meio da qualidade dos serviços ofertados, por estarem intimamente relacionada à segurança do paciente.

Para avaliação da qualidade dos serviços ofertados, Donabedian (2005) relata que os sistemas de saúde podem ser avaliados, a fim de permitirem ações corretivas antes que algum dano atinja o paciente. A avaliação pode seguir três áreas: estrutura, processo e resultado. Ao se avaliar a estrutura, analisam-se os recursos humanos e materiais necessários, quanto ao processo; as práticas dos profissionais e, por fim, a análise dos resultados. Uma boa estrutura contribui para um bom processo de trabalho que, por sua vez, contribui para bons resultados. Neste ponto, a avaliação da qualidade assistencial torna-se contínua e não baseada apenas na análise de resultados ou dos erros detectados.

É nesse contexto, que se recomendam os indicadores maternos e neonatais para avaliação de estrutura, processo e resultado, com vistas à melhoria da qualidade nessas áreas. Estes devem apresentar resultados da eficiência da assistência oferecida. Como indicador de estrutura, pode-se avaliar se o serviço de atenção obstétrica possui quartos pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP); como indicador de processo, quantas mulheres têm suas gestações resolvidas nesses locais; e como indicador de resultado pode-se medir, por exemplo, o impacto da conduta dos profissionais na redução da taxa de cesárea (BRASIL, 2014a).

O empenho em reduzir a morbimortalidade materna e neonatal e os agravos resultantes das complicações da gravidez e do parto, além dos EAs provenientes do processo assistencial, devem compreender ações em todos os níveis da sociedade.

Tais ações devem somar com as diversas políticas de saúde já existentes, as quais, o preconizado pela política materno-infantil (a Rede Cegonha) e a atual política de segurança do paciente. Destaca-se também a inclusão do corpo de saúde nas capacitações com vistas ao alcance da adesão dos profissionais à cultura de segurança, a fim de resguardar o binômio mãe-filho (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2014b).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Neste estudo, três percursos metodológicos foram delineados para o cumprimento dos objetivos: a revisão integrativa da literatura, o estudo metodológico para adaptação e validação do instrumento de pesquisa e um estudo transversal com abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, utilizando-se a técnica da observação não participante.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um centro obstétrico de um hospital público da SES do Distrito Federal, pertencente ao SUS, selecionada por ser cenário de formação de estudantes de diversas categorias profissionais oriundos de instituições de ensino públicas e privadas.

Os locais destinados à pesquisa de campo foram: as salas referentes à secretaria e sala de reunião do centro obstétrico. Os profissionais da equipe cirúrgica foram entrevistados e responderam aos instrumentos em área silenciosa em dia e horário previamente agendados.

Em etapa subsequente, a pesquisa desenvolveu-se dentro da área assistencial do centro obstétrico do hospital em três localidades: setor de pré-parto, sala operatória e sala de recuperação pós-anestésica, seguindo o fluxo normal de internação e execução da assistência à cesárea.

Os critérios para seleção da unidade de centro obstétrico foram: elevada taxa de cesárea – em torno de 40% (HRT, 2015a), o fato de o centro obstétrico ser referência para gestação de alto risco da região sudoeste de saúde¹, da demanda institucional pela implantação das práticas de segurança cirúrgica no setor e da necessidade percebida pela pesquisadora de prover mecanismos que contribuíssem para implantação do *checklist* de segurança cirúrgica proposto pela OMS, com vistas à melhoria na segurança e na qualidade da assistência à saúde na unidade pesquisada.

Conforme dados concedidos pelo setor de estatística do local de estudo, a capacidade hospitalar instalada é de 470 leitos, sendo 373 para internação em enfermaria de ginecologia, maternidade, centro obstétrico, centro cirúrgico, clínica médica, clínica ortopédica, clínica

¹A região sudoeste de saúde consiste nas áreas compreendidas pelas regiões administrativas de Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas sob responsabilidade de uma Superintendência de Saúde responsável por gerir todos os estabelecimentos de saúde da região de saúde (BRASIL, 2016b).

pediátrica e clínica cirúrgica. O serviço ambulatorial dispunha de atendimentos de pequena cirurgia geral e ortopédica, bem como serviços especializados em endoscopia, endocrinologia, cardiologia, oncologia, pré-natal de alto risco, ginecologia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina do trabalho, vacina, odontologia e banco de leite humano (HRT, 2015b).

Possui 37 leitos de UTI distribuídos para pacientes adultos, neonatais e pediátricos. Também há cerca de 60 leitos no serviço de emergência, que envolve o pronto-socorro adulto e infantil, o que o classificou como um hospital de grande porte (HRT, 2015b).

No ano de 2015, foram realizadas cerca de 212 mil consultas médicas, além das internações de aproximadamente 16.782 pacientes, e efetuadas 4.166 cirurgias eletivas e emergenciais (HRT, 2015b).

O hospital possui sistema de prontuário eletrônico implantado desde 2011, denominado *InterSystems TrakCare*®. No entanto, somente tem acesso a ele os profissionais cadastrados, responsáveis pelo cuidado aos pacientes e pesquisadores autorizados. Nele, são realizadas prescrições de medicamentos, solicitações de exames, registros da equipe de enfermagem, evolução médica, evolução de enfermagem, solicitação de materiais e de medicamentos e resultados dos exames, dentre outras informações.

O centro obstétrico localiza-se no terceiro andar do hospital e possui uma triagem obstétrica com dois consultórios médicos. Neste local, as pacientes são atendidas e, de acordo com seus diagnósticos, podem ser referenciadas para seu domicílio, para outro serviço, para enfermaria ou para o centro obstétrico, onde, na maioria das vezes, têm sua gestação interrompida. A área de pré-parto é composta por dez leitos, sendo seis de baixo risco e quatro leitos de alto risco, denominados leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério).

Possui um posto de enfermagem central e uma sala de atendimento ao recém-nascido. Os espaços destinados às cirurgias compreendem três salas operatórias, duas para realização de cesáreas e, eventualmente, histerectomias – estas últimas somente realizadas em caso de necessidade pós-cesárea imediata. Além das cesáreas, são realizadas curetagens uterinas e, eventualmente, esterilização cirúrgica entre outros procedimentos menores.

A unidade também possui um corpo clínico composto por médicos obstetras, médicos anestesistas, médicos pediatras e neonatologistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4.3 AMOSTRA

Para etapa da adaptação e validação do instrumento de pesquisa, a amostra foi composta por profissionais de diversas categorias, que compunham a equipe cirúrgica. Seu quantitativo foi determinado de acordo com a técnica de psicometria proposta por Pasquali (1998).

A amostra referente às cesáreas investigadas foi definida conforme cálculo amostral realizado com base na série histórica de partos cesáreos ocorridos no hospital nos últimos três anos anteriores à coleta de dados (BUSSAB e MORETTIN, 2013; HRT, 2015a). Os procedimentos adotados para determinação da amostra estão descritos pormenorizadamente nos procedimentos de coleta e análise de dados a seguir.

4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

4.4.1 Procedimentos metodológicos para a revisão integrativa da literatura

Para alcance do primeiro objetivo, foram reunidas e analisadas as publicações científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea com a seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea nos últimos 10 anos?

Realizou-se uma pesquisa de revisão integrativa da literatura que se propôs a investigar criteriosamente as produções científicas disponíveis. Esta permite a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, o que facilita a incorporação de evidências que fundamentam as condutas ou tomada de decisão, proporcionando um saber crítico (MENDES et al., 2008; SOUZA et al., 2010).

Para realização da revisão, foram seguidas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca de publicações científicas em bases eletrônicas de dados, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA et al., 2010).

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, em bases de dados nacionais e internacionais, revisados por pares, que abordassem a temática segurança cirúrgica na cesárea, sem delimitação da categoria do manuscrito, disponíveis on-line e na íntegra, no período compreendido entre 2005 e 2014.

Foram excluídas publicações que não se encontravam disponíveis em texto completo e/ou em idioma não definidos nos critérios de inclusão e/ou fora do período delimitado para a pesquisa e/ou que não abordavam a temática definida.

Na busca dos artigos foram consultadas sete bases eletrônicas de dados: *US National Library of Medicine* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cochrane Library*, *Base de dados em Enfermagem* (BDENF), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2014.

Os seguintes descritores e suas combinações foram utilizados empregando-se o operador booleano “and” nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, respectivamente: “segurança do paciente” and “cesárea” and “lista de checagem” and “qualidade da assistência à saúde”; “*patient safety*” and “*cesarean section*” and “*checklist*” and “*quality of health care*”; “*seguridad del paciente*” and “*cesárea*” and “*lista de verificación*” and “*calidad de la atención de salud*”.

A análise e síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão (SOUZA et al., 2010).

Para tratamento e categorização dos resultados foi empregado o sistema de hierarquia dos níveis de evidências proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2012): nível I – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; nível III – evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; nível IV – estudos de coorte e caso-controle; nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI – evidências derivadas de um estudo descritivo e/ou qualitativos; nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

4.4.2 Procedimentos metodológicos para adaptação e validação do *checklist* de segurança cirúrgica na cesárea

Para o alcance do segundo objetivo, emergiu a seguinte questão norteadora: A adaptação e validação de um instrumento de pesquisa em formato de *checklist* para a cesárea implicam em promoção da segurança da paciente?

Adotou-se um estudo metodológico para adaptar e validar o instrumento de segurança cirúrgica na cesárea, com base no protocolo e no *checklist* de Segurança cirúrgica da OMS. Desenvolveu-se um estudo metodológico, no qual se utilizaram procedimentos adotados como científicos a fim de se obterem resultados consistentes de uma determinada investigação (DEMO, 2009).

Participaram do estudo 43 profissionais, que compunham a equipe cirúrgica de um centro obstétrico de um hospital público do Distrito Federal, Brasil. A pesquisa ocorreu no período de meados de dezembro de 2014 a início de março de 2015.

Seguiram-se quatro etapas para obter a validação do instrumento. Na primeira etapa, o instrumento foi adaptado com base na revisão da literatura, unindo as diretrizes presentes no protocolo e no *checklist* da OMS traduzido e divulgado por Brasil (2013a), entre outras evidências científicas.

Chegou-se a uma versão preliminar do instrumento e foram mantidas as dimensões contidas na LVSC da OMS, ou seja, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da paciente sair da sala de operações, representadas, respectivamente, pelas letras A, B e C.

Na segunda etapa, o instrumento foi entregue aos especialistas / juízes para julgamento e análise. Esta consistiu na validação de conteúdo e aparente do instrumento, por meio da técnica Delphi, pela qual se analisa e discute a avaliação de peritos sobre um tópico específico (BELLUCCI e MATSUDA, 2012).

Esta técnica permite obter consenso de um grupo a respeito de um determinado fenômeno. O grupo é composto por juízes, ou seja, profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo (FARO, 1997).

Para Willans e Webb (1994), a técnica Delphi requer uma contabilidade de resultados em função de um grupo de juizes, não havendo um número ideal para a composição do grupo e esta varia de acordo com o fenômeno estudado e dos critérios definidos, pelo pesquisador, para a seleção destes especialistas.

Para análise de conteúdo, foram adotados oito critérios, quais sejam: (1) objetividade: o item permite resposta pontual; (2) clareza: o item deve ser inteligível para todos os estratos da população-meta; (3) precisão: o item de avaliação deve ser distinto dos demais; (4) variedade: os itens devem variar de forma a não provocarem monotonia; (5) simplicidade: o item expressa uma única ideia; (6) relevância: deve ser descrito de forma pertinente e consistente; (7) credibilidade: está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado; e (8) comportamental: o item permite uma ação clara e precisa (PASQUALI, 1998).

Para a validade aparente, os especialistas/juízes julgaram se os itens eram apropriados para o alcance do objetivo. Trata-se de uma característica necessária, pois, se o instrumento parece tolo ou inadequado, a falta da validade pode comprometer todo o estudo (PASQUALI, 1998; MEDEIROS et al., 2015).

Os itens foram distribuídos em uma escala Likert com 24 itens. Em seguida, foram julgados conforme a seguinte classificação: o número 4 foi representativo, o número 3 necessitou de pequena revisão para ser representativo, o número 2 necessitou de grande revisão para ser representativo, e o item número 1 não foi representativo.

Um índice de validade de conteúdo de 0,8 foi adotado como critério para permanência do item. Alguns itens tiveram suas redações adequadas quando sugeridas pelos especialistas (PASQUALI, 1998).

Participaram da análise de conteúdo oito especialistas/ juízes, segundo os seguintes critérios de inclusão: profissionais com ensino superior, com experiência relevante e/ou de docência e/ou de pesquisa nas áreas materno-infantil, anestesiologia e segurança do paciente, e com pelo menos dois anos de experiência na área de atuação. Foram excluídos os profissionais com pouca experiência técnico-científica sobre a temática.

Na terceira etapa, conduziu-se a avaliação semântica do instrumento. O instrumento outrora validado pelos juízes e profissionais foi apresentado e discutido entre os componentes da equipe cirúrgica e teve como mediadora a pesquisadora responsável.

Para análise semântica do instrumento, Pasquali (1998) relata que há várias maneiras eficientes para realizar tal análise, como por exemplo, aplicar o instrumento a uma amostra de aproximadamente 30 pessoas da população-meta e em seguida discutir com eles as dúvidas que os itens suscitarem. Entretanto, uma técnica que se tem mostrado mais eficaz na avaliação da compreensão dos itens consiste em checá-los com pequenos grupos de pessoas (3 ou 4) numa situação de *brainstorming*.

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar as duas técnicas com o propósito de inferir maior precisão ao resultado. Em um primeiro momento da avaliação semântica, foi utilizada uma abordagem qualitativa, empregando-se a técnica de *brainstorming* a cinco integrantes da equipe cirúrgica, do estrato menor ao mais elevado de formação profissional, a saber: um médico obstetra, um médico anestesista, a enfermeira chefe do setor, uma enfermeira assistencial e uma técnica de enfermagem.

Portanto, o critério de inclusão para participação da técnica de *brainstorming* consistiu em profissionais de todas as categorias que compõem a equipe cirúrgica do centro obstétrico e que fornecessem assistência direta à paciente, excluindo-se todos os demais profissionais e estudantes.

A técnica de *brainstorming* também conhecida como tempestade de ideias ocorre em grupo e é usada para orientar um fluxo de produção de ideias e soluções. Em uma sessão de *brainstorming* o grupo poderá ser composto de quatro a doze pessoas e inclui um facilitador que orienta e provoca a participação plena do grupo (PASQUALI, 1998; SHIREY, 2011).

Na quarta etapa, a fim de consolidar e reinterar os resultados da técnica de *brainstorming*, continuou-se com a avaliação semântica, a partir de uma avaliação complementar utilizando-se a abordagem quantitativa, com uma escala Likert, cuja classificação variou de 1 a 5 com ordem gradativa dos seguintes conceitos atribuídos: 1 para “Nada Importante”; 2 para “Pouco importante”; 3 para “Medianamente importante”; 4 para “extremamente importante” e 5 para “Indispensável.

Esta escala foi aplicada a 30 profissionais que compunham a equipe cirúrgica, entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Foram excluídos profissionais que não atuavam na equipe cirúrgica do serviço estudado e estudantes.

Considerou-se o nível de consenso a partir de 70% das respostas obtidas entre os profissionais que participaram da análise semântica, adotando o somatório das classificações da escala Likert para extremamente importante e indispensável. Alguns estudos recomendam de 50% a 80% de consenso (SALMOND, 1994).

O tratamento dos dados se deu pela análise estatística descritiva, com triangulação dos dados qualitativos e quantitativos. Para os dados numéricos foram utilizados os programas *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22, e *Microsoft Excel* 2010, utilizando-se soma, média, porcentagem e desvio padrão.

Calculou-se a correlação de Pearson para os itens das dimensões entre si e o alfa de Cronbach para cada item e posteriormente, estimou-se a confiabilidade do instrumento de pesquisa por meio do coeficiente alfa de Cronbach para o instrumento como um todo.

4.4.3 Procedimentos metodológicos para aplicação do *checklist* de segurança cirúrgica para cesárea

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratório. Para Trivinos (2010), os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar, pois se pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Já os estudos quantitativos se associam aos experimentos, às pesquisas, às questões fechadas ou aos estudos em que se empregam instrumentos de medição padronizados. Pretende-se intencionalmente ‘delimitar’ a informação, ou seja, medir as variáveis do estudo com precisão (SAMPIERI et al., 2011).

A pesquisa exploratória, como afirma Gil (2007), deve ser empregada quando se tem uma noção vaga do que se pretende estudar. Por meio do conhecimento que se deseja obter, o estudo procura estabelecer melhor o problema de pesquisa e familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado.

Os estudos transversais apresentam uma fotografia ou corte instantâneo do que é estudado. Aplica-se em uma população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da amostra, a presença ou ausência da exposição, e a presença ou ausência do efeito. Possuem, como principais vantagens, o fato de serem de baixo custo e praticamente não terem perdas de seguimento. A pesquisa pode também ser transversal quando a análise do estudo é contemporânea ao período que se busca compreender (HOCHMAN et al., 2005).

Na técnica da observação não participante, o pesquisador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem se envolver nela, permanecendo de fora. Presencia o fato, mas não se integra a ele, é um espectador, pois ele é apenas um elemento a mais. Este tipo de abordagem tem caráter sistemático e caracteriza-se por ser consciente dirigido e ordenado para uma determinada finalidade (MARCONI e LAKATOS, 2009).

Os critérios de inclusão deste estudo consistiram em: operações cesarianas com indicações de qualquer diagnóstico médico, com ou sem complicação, com evolução ou não para extração eventual ou não de peças anatômicas que, porventura, tenham sido previstas ou não durante a cirurgia, como, por exemplo, a evolução de uma cesárea para histerectomia, ooforectomia ou intercorrência secundária de qualquer outra natureza. Somente foram incluídas no estudo, as gestantes maiores de idade, a partir de 18 anos que tiveram cesáreas.

Os critérios de exclusão consistiram em gestantes que se submeteram a partos normais, curetagem uterina, entre outros procedimentos cirúrgicos que não fosse a cesárea.

Também foram excluídos do estudo menores de 18 anos de idade, cesáreas *post-mortem* e todas as cesáreas em que não houve consentimento dos profissionais da equipe cirúrgica, bem como das gestantes que se submeteram ao procedimento.

Nessa fase, o período da coleta de dados ocorreu no início de março até final de junho de 2015. A pesquisadora coletou os dados de forma aleatória durante os três períodos de trabalho (matutino, vespertino e noturno) e durante todos os dias da semana.

É importante destacar que embora existisse uma demanda para a implantação do protocolo de segurança cirúrgica na unidade, bem como da utilização do *checklist* de segurança cirúrgica, foi constatado que não havia protocolo de segurança cirúrgica implantado na unidade, tampouco os profissionais haviam sido capacitados frente a esta questão.

A amostra foi estratificada, aleatória e probabilística, e seu cálculo foi realizado considerando uma série histórica disponibilizada pelo serviço de saúde de cinco meses durante três anos consecutivos (2012 a 2014), tomando como referência os meses de fevereiro, março, abril, maio e junho. O tamanho da amostra foi de 260 cesáreas, considerando a coleta prevista para os mesmos meses projetados para o ano de 2015, conforme tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Série histórica de partos cesáreos em cinco meses consecutivos dos anos 2012, 2013 e 2014. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Ano	Cesáreas (n)				
	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
2012	130	142	146	198	150
2013	165	176	176	194	162
2014	136	176	159	158	144

Fonte: Centro Obstétrico do Hospital Regional de Taguatinga (2015).

Tabela 2 - Amostra aleatória estratificada e cálculo amostral. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Meses	Média dos meses	Amostra (n)
Fevereiro	143,7	46
Março	164,7	53
Abril	160,3	52
Maior	183,3	59
Junho	152,0	49
Total	804,0	260

Fonte: Centro Obstétrico do Hospital Regional de Taguatinga (2014).

Em virtude do inesperado atraso da coleta de dados da etapa anterior, a coleta de dados da etapa seguinte iniciou-se a partir do mês de março de 2015, totalizando quatro meses de coleta e uma amostra estimada de 220 cesáreas.

Conforme Bolfarine e Bussab (2005) há duas medidas para determinar a amostra: a margem de erro e o grau de confiança. O mais usual é uma margem de erro de 5% e um grau de confiança de 95%. A chance de o parâmetro cair dentro do intervalo selecionado, ou seja, 5% para mais ou para menos é de 95%. A fórmula para se calcular a amostra exhibe a seguinte equação:

$$n = \frac{N * p(1 - p) * Z_{\alpha/2}^2}{(N - 1) * E^2 + p(1 - p) * Z_{\alpha/2}^2}$$

Onde:

N = número de parto que ocorreram no período determinado

$E = 0,05$ para o erro amostral

P = para proporção de acontecimento do evento

$p(1-p) - 0,25$ = variância máxima da proporção

$Z_{\alpha/2} - 1,96$ = abscissa da distribuição gaussiana, ou seja, o grau de confiança

N = tamanho da amostra

Ainda segundo o mesmo autor, a amostragem estratificada consiste na divisão de uma população em grupos ou estratos segundo alguma característica conhecida na população do estudo. A estratificação é usada principalmente para resolver alguns problemas, como a melhoria da precisão das estimativas, e produzir estimativas para a população e para as subpopulações.

A partir da amostra obtida, prosseguiu-se a aplicação do instrumento de pesquisa no formato de *checklist*, com 26 itens previamente adaptado à realidade do serviço e validado.

As condutas dos profissionais na assistência aos partos cesáreos foram observadas e registradas pela pesquisadora, seguindo as etapas da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS (Anexo 1), por meio do *checklist* adaptado.

Os itens do *checklist* foram marcados a partir de três dimensões de análise contidas na LVSC: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da paciente sair da sala de operações.

A etapa “antes da indução anestésica” aqui chamada de dimensão “A” consiste nos procedimentos que devem ser realizados antes da indução anestésica e envolve o planejamento pré-operatório. A etapa “antes da incisão cirúrgica”, denominada de dimensão

“B” corresponde aos procedimentos que devem ser realizados antes da incisão cirúrgica e contemplam a checagem dos itens referentes à fase anterior. A última dimensão “C”, “antes de a paciente sair da sala de operações”, versa sobre o cumprimento de todas as ações que completam o planejamento para o pós-operatório imediato na recuperação pós-anestésica (WHO, 2009a).

Para o tratamento dos dados, utilizou-se o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22 e o *The R Project for Statistical Computing* versão 3.1, a fim de ordenar dados, reorganizar a informação e obter uma análise estatística descritiva, empregando-se os processos de codificação, interpretação e correlação (SAMPIERI et al., 2012).

As variáveis categóricas foram relatadas como frequências absolutas e proporções, relativas e acumulativas, e as variáveis numéricas, como média e desvio padrão (mínimo e máximo). O nível de significância considerado foi de 5%, e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

A partir dos indicadores de conformidade encontrados, foi possível mensurar análises empregando-se para comparações a Análise de Variância (ANOVA) e o teste de Tukey e, para associações, foi utilizado o coeficiente de Spearman. Para interpretação dos testes, consideraram-se os valores que demonstraram diferença significativa, ou seja, os valores p que refutaram a hipótese nula, ou seja, a margem de erro de 5%.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu a resolução 466/12, sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde do Distrito Federal, e o seu desenvolvimento apenas foi possível mediante análise, parecer favorável e autorização formal do referido Comitê de Ética.

Foram atendidas as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado com o número do parecer 901.713 e CAAE 38102614.3.0000.5553 (Anexo 2).

A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes. Eles foram informados da pesquisa e seu objetivo, bem como dos benefícios que podem decorrer deste estudo a todos os profissionais envolvidos na equipe cirúrgica (médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros) e todas as gestantes que se submeteram à operação cesariana.

No que se referem aos resultados, estes podem ser publicados no próprio serviço e/ou em eventos de âmbito nacional e ou internacional e/ou em revistas científicas nacionais e internacionais, constando tais informações nos TCLEs.

Foram fornecidos quatro TCLEs, dois para os profissionais que participaram das etapas de validação do instrumento, um para os profissionais que compõem a equipe cirúrgica (médicos anestesiologistas, médicos obstetras e equipe de enfermagem), um para as gestantes usuárias do serviço de saúde, respectivamente (Apêndices 1 a 4). O material obtido pela pesquisa deverá ser destruído após cinco anos.

Para toda a pesquisa, cinco instrumentos foram elaborados, um para o perfil sócio-demográfico dos profissionais que participaram da validação do instrumento, um para os juízes (especialistas), outros dois para os profissionais e um para o condutor do checklist (Apêndices 5 a 9).

Quanto ao risco da pesquisa, nenhuma possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano foi constatada, em virtude do estudo e dele decorrente, incluindo seu propósito.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 SEGURANÇA CIRÚRGICA NA CESÁREA: REVISÃO INTEGRATIVA

Para alcance do primeiro objetivo do estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, em sete bases eletrônicas conforme explicitado nos procedimentos metodológicos. Foram encontrados 463 artigos com resumo. Após leitura criteriosa dos títulos e dos resumos dos artigos e ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, excluíram-se 452 artigos por não estarem em conformidade com o tema, com o período delimitado, idiomas definidos e não disponibilizados na íntegra. Foram selecionadas 11 publicações, lidas detalhadamente e analisadas, conforme apresentado na tabela 3 e na figura 2.

Tabela 3 - Publicações distribuídas por quantitativo, segundo base eletrônica consultada. Brasília, DF, Brasil, 2014.

Base de dados eletrônica	Número de artigos encontrados	Número de artigos selecionados
Cochrane Library	3	1
PubMed	348	6
SciELO	6	0
LILACS	34	1
MEDLINE	49	1
CINAHL	23	2
BDENF	0	0
Total	463	11

Fonte: O autor (2014).

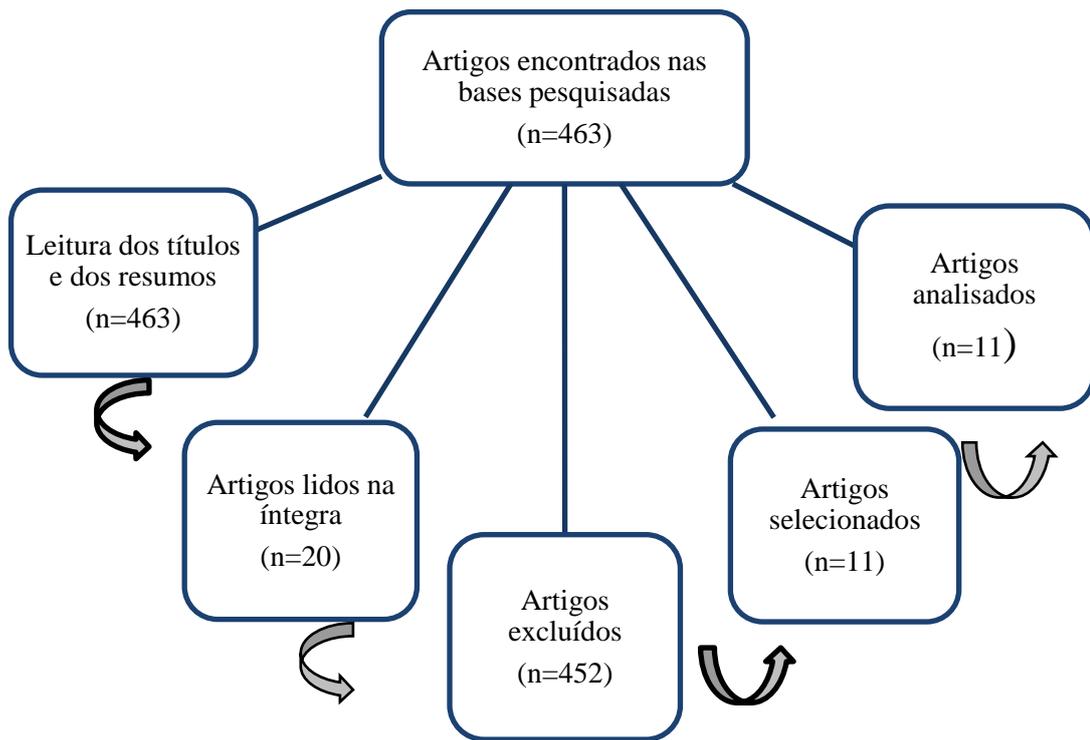


Figura 2 - Fluxograma das etapas da revisão integrativa da literatura. Brasília, DF, Brasil, 2014.
Fonte: BOECKMANN e RODRIGUES (2015).

A síntese dos estudos analisados é apresentada nos Quadros 1 e 2, com a análise distribuída em ordem crescente do ano de publicação, utilizando-se onze variáveis que foram escolhidas de itens contidos em um instrumento validado para revisão integrativa, ou seja, título, autoria, área profissional dos autores, ano, periódico, tipo do estudo, base de dados, idioma, país, resultados e nível de evidência (URSI e GALVÃO, 2006).

Quadro 1 - Publicações distribuídas por variável de análise. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Títulos das publicações	Autoria/Ano/ Área profissional	Periódico/ Tipo do estudo	Base de dados/Idioma/ País
Um <i>Checklist</i> de estilo da aviação para condução da cesariana sob anestesia geral é uma ameaça para a segurança do paciente?	Schwarz SKW, 2006. Anestesiologia/ Obstetrícia/ Ginecologia	Anesth Analg. Cartas para o editor	PubMed / Inglês/ Holanda
Resultados melhorados, cesáreas e litígios reduzidos decorrentes de um novo paradigma em segurança do paciente.	Clark SL et al., 2008. Obstetrícia/ Ginecologia	Am J Obstet Gynecol. Opinião de especialistas	CINAHL/ Inglês/ Estados Unidos
Segurança do paciente em Obstetrícia e Ginecologia.	American College of Obstetricians e Gynecologists, 2009. Obstetrícia/Ginecologia	Gynecol Obstet. Opinião de especialistas	PubMed / Inglês/ Estados Unidos
Segurança do paciente no ambiente cirúrgico.	American College of Obstetricians e Gynecologists, 2010. Obstetrícia/Ginecologia	Gynecol Obstet. Opinião de especialistas	PubMed / Inglês/ Estados Unidos
A introdução de um <i>Checklist</i> de segurança cirúrgica em um centro obstétrico de referência.	Kearns RJ et al., 2011. Anestesiologia	BMJ Qual Saf. Estudo descritivo	CINAHL/ Inglês/ Reino Unido
O uso do <i>Checklist</i> de segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde melhora a comunicação entre obstetras e anestesistas?	Mohammed A et al., 2012. Cirurgia/Obstetrícia/ Ginecologia	BJOG. Estudo descritivo	PubMed/ Inglês/ Inglaterra
Proteger a segurança do paciente em locais com poucos recursos.	Galadanci HS, 2013. Obstetrícia/ ginecologia	Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Revisão Sistemática	PubMed/ Inglês/ Nigéria
Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em obstetrícia e ginecologia.	Singh SS et al., 2013. Obstetrícia/ Ginecologia	J Obstet Gynaecol Can. Reflexão	PubMed / Inglês/ Canadá
Implementação das recomendações de diretrizes internacionais baseadas em evidências sobre cesarianas na Holanda.	Melman et al., 2013. Obstetrícia/ Ginecologia	Implement Sci. Ensaio clínico controlado randomizado	MEDLINE/ Inglês/ Holanda
Lista de verificação para cesáreas e partos.	Rosado JP et al., 2013. Pediatria	Medwave. Carta aos editores	LILACS/ Espanhol/ Espanha
Antibióticoprofilaxia versus não profilaxia para prevenção de infecção depois da cesárea.	Smaill FM, Grivell RM, 2014. Patologia e Medicina molecular	Cochrane Libr Revisão sistemática	Cochrane Library/Inglês/ Reino Unido

Fonte: BOECKMANN e RODRIGUES (2015).

Quadro 2 - Publicações distribuídas por variável de análise. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Autoria	Resultados	Nível de evidência
Schwarz SKW	O autor refere que em recente revisão sistemática há fortes recomendações para remover drogas potencialmente perigosas, em caso de anestesia geral para a cesárea, a fim de minimizar erros e danos.	VII
Clark SL et al.	A preocupação com a segurança do paciente, por meio da aplicação de listas de verificações na área de obstetrícia, tem demonstrado resultados satisfatórios que conduzem a redução de cesáreas, diminuição de processos judiciais e melhoria da qualidade da assistência.	VII
American College of Obstetricians e Gynecologists	Estabelece os objetivos para segurança do paciente, que envolve comunicação, práticas de medicações seguras, criação de comitê para promover a cultura de segurança e evitar erros cirúrgicos.	VII
American College of Obstetricians e Gynecologists	É apontada a necessidade de protocolos para o parto cirúrgico, uma vez que reduzem a possibilidade de erros em caso de emergências obstétricas, como transfusões sanguíneas, entre outras.	VII
Kearns et al.	Após a introdução do <i>checklist</i> no centro obstétrico houve melhoras significativas na comunicação da equipe e redução da ansiedade nas pacientes.	VI
Mohammed A et al.	Os dados da pesquisa revelaram que, após a introdução da lista de verificação cirúrgica da OMS, a comunicação entre obstetras e anestesistas melhorou significativamente.	VI
Galadanci HS	O estudo revelou que, para melhorar a segurança do paciente em países em desenvolvimento, é necessário melhorar a qualidade da infraestrutura dos serviços de saúde e o processo da assistência em saúde.	V
Singh SS et al.	Revelou a importância das recomendações para implementação do <i>Checklist</i> da OMS adaptado, para todos os procedimentos na cesárea voltados para genitora e recém-nascido, a fim de promover qualidade e segurança cirúrgica.	VII
Melman et al.	Critérios de qualidade adotados em forma de protocolo nos hospitais revelaram maior segurança e uma redução de cesáreas melhorando a assistência obstétrica.	II
Rosado, JP et al.	O autor propõe um modelo no formato de lista de verificação tanto para o parto normal, quanto para a cesárea, uma vez que já demonstrou ser eficaz em diversos estudos realizados.	VII
Smaill FM e Grivell RM	O estudo demonstrou que o uso de antibióticos profilaticamente previamente a cesárea reduz a incidência de infecção pós-cesárea.	I

Fonte: BOECKMANN e RODRIGUES (2015).

Conforme a análise das variáveis mencionadas, observou-se que a base eletrônica PubMed destacou-se com a maioria das publicações, no total de seis manuscritos que aderiram à temática, todos encontrados em língua inglesa e oriundos dos EUA, Inglaterra e Canadá, seguidas de uma publicação proveniente da Nigéria, uma da Holanda e outra da Espanha.

Dois artigos foram encontrados na base de dados CINAHL, em língua inglesa, um proveniente dos EUA e o outro do Reino Unido, seguidos de um artigo encontrado na biblioteca Cochrane, em língua inglesa originária do Reino Unido e um na LILACS em língua

espanhola oriundo da Espanha. Vale ressaltar a ausência de publicações brasileiras sobre a temática no período pesquisado (2005-2014).

Referente à área de atuação profissional dos autores todos pertenciam à área médica, nas especialidades de obstetrícia e ginecologia, anestesiologia, cirurgia e patologia molecular. Destaca-se que não foram localizadas publicações produzidas por enfermeiros.

Quanto ao ano de publicação, constatou-se que a maioria dos artigos foi publicada nos últimos cinco anos, e apenas dois dos onze artigos foram publicados em 2006 e 2008, respectivamente.

Com relação às variáveis resultados e nível de evidência, nota-se que cinco dos onze artigos selecionados apresentaram nível de evidência VII, ou seja, envolveu opinião de especialistas sobre o assunto e cartas ao editor, seguidas de um artigo de revisão sistemática de estudo descritivo com nível de evidência V, dois estudos descritivos do tipo antes e depois com nível VI de evidência, e apenas dois estudos com nível de evidência I e II, respectivamente, de estudos randomizados controlados.

A discussão foi dividida em dois eixos temáticos: promoção da segurança da paciente na cesárea por meio da LVSC e recomendações para melhorar a qualidade da assistência na cesárea.

5.1.1 Promoção da segurança da paciente na cesárea por meio da lista de verificação de segurança cirúrgica (*checklist*)

A elaboração de *checklists* na obstetrícia demonstrou ser eficiente na redução de danos e EAs, apontou melhoria na comunicação da equipe cirúrgica e tornou as práticas mais seguras com a adoção de intervenções baseadas cientificamente, proporcionando não somente a segurança da usuária, como também dos próprios profissionais que realizam os procedimentos (SCHWARZ, 2006; MOHAMMED et al., 2012; SINGH et al., 2013; ROSADO, 2013).

Em estudo conduzido por meio de um questionário aplicado aos profissionais da equipe cirúrgica e às pacientes, antes e depois da introdução do *checklist* em um centro obstétrico de um hospital no Reino Unido, os achados demonstraram significativo progresso quanto à adesão da equipe cirúrgica aos itens do checklist, melhorando efetivamente a comunicação interprofissional e reduzindo a ansiedade das pacientes quanto à assistência recebida (KEARNS et al., 2011).

Da mesma forma, a adesão aos critérios de qualidade adotados em forma de protocolo em doze hospitais na Holanda revelou progresso na comunicação entre a equipe e a paciente. Adicionalmente, as medidas de segurança propostas no protocolo culminaram em recomendações mais adequadas da cesárea e, por conseguinte redução de indicações desnecessárias (MELMANN et al., 2013).

A precária comunicação da equipe cirúrgica reflete certa desarticulação das atividades e constitui importante desafio às instituições de saúde para implantação da cultura de segurança (CAUDURO et al., 2015). A hesitação em falar pode contribuir para erros e incidentes na área de saúde. É fundamental que os profissionais expressem suas preocupações com relação à segurança da paciente, sejam conscientes dos riscos, e assim desempenhem ações e atitudes seguras (OKUYAMA et al., 2014).

Portanto, constatou-se que é extremamente eficaz e necessário elaborar e utilizar listas de verificação para saúde materna, devendo esse procedimento ser aplicado em conformidade com as características de cada serviço de saúde (HANG, 2012).

Ressalta-se que listas de verificação estão agora disponíveis para diversas situações em saúde. A evidência suporta que os pacientes se beneficiam desse instrumento quando utilizados pela equipe cirúrgica de forma consciente e eficaz. No entanto, a implementação requer treinamento com avaliação constante dos resultados (WALKER et al., 2012).

A utilização da LVSC tem sido uma ferramenta que tem demonstrado sucesso em estudos conduzidos em vários hospitais e em países com diversos contextos econômicos, porém, ainda percebem-se dificuldades na implantação, no que se refere à aceitação da equipe cirúrgica (PANCIERI et al., 2013).

Nesse sentido, o enfermeiro como líder da unidade pode adotar essa ferramenta que trará benefícios para os profissionais e pacientes, além de encorajar a participação de todos nessa iniciativa.

5.1.2 Recomendações para melhorar a qualidade da assistência na cesárea

Para divulgação nos serviços de saúde do uso de protocolos, programa de segurança do paciente e da lista de verificação é importante haver consenso entre estudiosos da área de segurança do paciente, bem como das áreas afins, uma vez que as condutas devem ser embasadas cientificamente, como nos estudos que envolvem segurança no uso de medicações e procedimentos apropriados na cesárea. A profilaxia de infecções para a cesárea é uma delas

e já vem sendo cumprida de acordo com os protocolos existentes em diversos países (CONSTANTINE et al., 2007).

Em revisão sistemática de 86 estudos controlados randomizados envolvendo mais de 13.000 mulheres, dois grupos de mulheres foram estudados, um que recebeu o antibiótico antes da cesárea e outro que recebeu apenas placebo. O resultado apontou redução significativa de infecções de sítio cirúrgico, endometrites e complicações da infecção após a cirurgia em mulheres que usaram antibióticos, o que se configurou numa recomendação mundial para a qualidade da assistência à cesárea (SMAILL e GRIVELL, 2014).

Em outro estudo foi demonstrado que há fortes indicações para remover drogas potencialmente perigosas em caso de anestesia geral para a cesariana a fim de se minimizar erros e danos (SCHWARZ, 2006).

Consideram-se, também, outras preocupações que envolvem a cesárea como, identificação da paciente, planejamento para fluídos corporais e vias aéreas, planejamento para anestesia, manejo apropriado para a genitora e o recém-nascido, treinamento de todos os membros da equipe cirúrgica e materiais e equipamentos em funcionamento apropriado (SINGH et al., 2013).

Em hospitais que possuíam recursos humanos e materiais adequados na Nigéria a taxa de mortalidade materna revelou ser menor. Em contrapartida, aqueles com pouca estrutura tiveram uma taxa de mortalidade materna mais elevada. O estudo concluiu que, sem melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, as intervenções de saúde materna não terão um impacto favorável. Assim, os países em desenvolvimento são confrontados com estes desafios, demandando destes, a melhoria dos serviços ofertados à população (GALADANCI, 2013).

Os problemas relacionados à segurança cirúrgica são maiores em estabelecimentos de saúde localizados em países em desenvolvimento, pois possuem carências de recursos diversos. Entretanto é possível implementar protocolos e *checklists* e obter bons resultados nestes serviços (WHO, 2009a).

Assim, aponta-se à necessidade de protocolos para a cesárea, uma vez que reduzem a possibilidade de erros em caso de emergências obstétricas, como a necessidade de transfusões sanguíneas na assistência ao parto, entre outras. É imprescindível também por estabelecer práticas de medicações seguras e também incentivar a criação de comitês para promover a cultura de segurança nas unidades de saúde (ACOG, 2009; ACOG, 2010).

Melhorar os resultados maternos e promover a qualidade da assistência com vistas à segurança cirúrgica implica não somente em ações que fortaleçam a segurança do paciente,

mas na redução de EAs e danos a saúde da usuária, bem como da prevenção de possíveis pendências litigiosas decorrentes de falhas da equipe cirúrgica que podem ser devidamente prevenidas (CLARK, 2009).

Os resultados desta revisão integrativa foram publicados na Revista *Cogitare Enfermagem* em 2015 (Apêndice 11).

5.2 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NA CESÁREA

Referente à caracterização dos juízes e profissionais que participaram da validação de conteúdo dos itens do instrumento, todos atuavam na área de ensino e/ou assistência, na área de docência e/ou de pesquisa nas áreas: materno-infantil, anestesiologia e/ou segurança do paciente, e possuíam, no mínimo, dois anos de experiência profissional. Dentre esses, um era obstetra, um anestesista, três enfermeiras com doutorado e três enfermeiras com mestrado. A média de idade dos especialistas foi de 47 anos (DP: $\pm 8,1$); o tempo médio de experiência na área de atuação foi de 15 anos (DP: $\pm 7,4$).

Participaram da análise semântica por meio da técnica de *Brainstorming* outros cinco profissionais assistenciais, com média de idade de 38,4 anos (DP: $\pm 6,6$), com média de experiência profissional de nove anos (DP: ± 6).

Também participaram da análise semântica por meio do uso da escala Likert mais 30 profissionais assistenciais, os quais 10 eram médicos (33,3%), 10 técnicos de enfermagem (33,3%) e 10 enfermeiros (33,3%), com idade média de 42 anos (DP: $\pm 8,1$), e tempo médio de experiência de 12 anos (DP: $\pm 5,3$). As áreas de experiência profissional dos participantes da análise semântica dos dois grupos contemplaram as áreas materno-infantil e/ou anestesiologia.

Os resultados do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por item, estão apresentados na tabela 4. O instrumento obteve IVC geral de 0,96.

Tabela 4 - Resultados do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item	Dimensões A, B e C*	IVC
A1	Foram confirmados: a identidade da paciente, o procedimento e o sítio cirúrgico.	1
A2	Os consentimentos da paciente para o parto cesáreo e anestesia foram confirmados.	1
A3	Todos os equipamentos foram verificados e estão em funcionamento adequado, incluindo o bisturi elétrico.	0,92
A4	A conexão do monitor multiparamétrico, incluindo oxímetro de pulso foi testada na paciente para verificar seu funcionamento.	1
A5	Foi investigado se a paciente possui algum tipo de alergia conhecida.	1
A6	O anestesista verificou se há via aérea difícil e risco de aspiração. Se sim, solicitou equipamentos/assistência disponíveis.	0,85
A7	O acesso endovenoso foi checado se está adequado e em funcionamento.	0,98
A8	Foi verificado se há risco de perda sanguínea >500mL. Se sim, é verificado planejamento para hemocomponentes e derivado.s	1
B9	Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função.	0,98
B10	A equipe confirma verbalmente a identificação da paciente, sítio cirúrgico e procedimento.	1
B11	O obstetra prevê etapas críticas, possíveis eventos críticos e a perda sanguínea. Se sim, revisa verbalmente o planejamento realizado.	0,88
B12	Eventuais complicações anestésicas foram previstas pelo anesthesiologista? Se sim, revisa verbalmente o planejamento realizado.	1
B13	A equipe de enfermagem revisa os materiais necessários, se todos estão presentes.	1
B14	São revisados pela equipe de enfermagem se todos os materiais estão dentro do prazo de esterilização (incluindo resultados do indicador).	0,92
B15	Questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações que devam ser resolvidas foram levantadas pela equipe de enfermagem.	0,85
B16	A colocação da placa de bisturi foi colocada e comunicada à equipe.	0,98
B17	A enfermagem conta as compressas, confere número de instrumentais e agulhas antes da incisão.	0,98
B18	A profilaxia antimicrobiana foi realizada 1 hora antes do parto cesáreo.	1
B19	A quimioprofilaxia anti-HIV endovenosa para gestante soropositiva foi realizada.	0,96
C20	Confirmado verbalmente o registro do procedimento realizado pelo obstetra, anesthesiologista e enfermagem.	1
C21	A equipe confirmou verbalmente se a contagem de instrumentais cirúrgicos e agulhas é igual à do início da cesárea.	1
C22	A contagem de compressas foi comunicada se é igual à do início da cesárea.	0,98
C23	O profissional de enfermagem confirma verbalmente a etiquetagem correta de qualquer amostra patológica quando obtida durante o procedimento.	1
C24	A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para a recuperação da paciente no pós-parto como dor, hidratação, curativo, entre outras.	1

Fonte: O autor (2015).

Legenda: * A: antes da indução anestésica; B: antes da incisão cirúrgica; C: antes de a paciente sair da sala de operações.

Nota-se que todos os itens obtiveram IVC elevados. Foram atendidas todas as sugestões dos juízes para mudanças na redação de alguns itens, bem como a introdução de opções “sim”, “não” e “não se aplica” para alguns itens. Desse modo, o instrumento reformulado com 26 itens foi apresentado para análise semântica, primeiramente ao grupo participante da técnica de *brainstorming* por meio de um roteiro elaborado (Apêndice 7) e em

seguida, foi apresentado no formato de uma escala *Likert* para outro grupo de profissionais que compunha a equipe cirúrgica (Apêndice 8).

Ao apresentar a versão primária do *checklist* para o grupo de participantes da técnica de *brainstorming*, todos os integrantes julgaram o instrumento e os itens como claros e pertinentes, e sugeriram pequenas modificações nas redações dos itens. Da mesma forma, os respondentes da escala *Likert* conforme resultados apresentados (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultados da análise semântica realizada com os profissionais de saúde, por percentual de respostas, de acordo com a classificação da escala *Likert*. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item	1		2		3		4		5	
	Nada importante		Pouco importante		Medianamente importante		Extremamente importante		Indispensável	
	N*	%	N*	%	N*	%	N*	%	N*	%
A1	-	-	-	-	-	-	7	23,3	23	76,6
A2	-	-	-	-	4	13,3	7	23,3	19	63,3
A3	-	-	-	-	7	23,3	7	23,3	16	53,3
A4	-	-	1	3,33	6	20,0	3	10,0	20	66,6
A5	-	-	-	-	1	3,3	5	16,7	24	80,0
A6	-	-	-	-	-	-	4	13,3	26	86,6
A7	-	-	-	-	1	3,3	3	10,0	26	86,6
A8	-	-	-	-	-	-	4	13,3	26	86,6
A9	-	-	-	-	3	10,0	3	10,0	24	80,0
A10	-	-	-	-	-	-	5	16,7	25	83,3
A11	-	-	-	-	1	3,3	5	16,7	24	80,0
B12	1	3,33	-	-	6	20,0	10	33,3	13	43,3
B13	-	-	3	10,00	2	6,6	9	30,0	16	53,3
B14	-	-	-	-	3	10,0	9	30,0	18	60,0
B15	-	-	-	-	2	6,6	6	20,0	22	73,3
B16	-	-	-	-	3	10,0	8	26,7	19	63,3
B17	-	-	-	-	2	6,6	10	33,3	18	60,0
B18	-	-	-	-	2	6,6	8	26,7	20	66,6
B19	-	-	1	3,33	-	-	5	16,7	24	80,0
B20	-	-	1	3,33	4	13,3	7	23,3	18	60,0
C21	-	-	-	-	-	-	3	10,0	27	90,0
C22	1	3,33	2	6,67	-	-	10	33,3	17	56,6
C23	-	-	-	-	1	3,3	7	23,3	22	73,3
C24	-	-	-	-	2	6,6	5	16,7	23	76,6
C25	-	-	-	-	1	3,3	5	16,7	24	80,0
C26	-	-	-	-	-	-	9	30,0	21	70,0

Fonte: O autor (2015).

Legenda:*N: número de atribuições conforme a classificação da escala *Likert*.

Terminada a análise semântica, tem-se a versão secundária ou final do instrumento com a inserção de uma escala binária, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Versão secundária do instrumento. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item	Dimensões A, B e C*	Escala†	
A1	Paciente confirmou identidade (pulseira de identificação e prontuário).	1	2
A2	Paciente confirmou procedimento.	1	2
A3	Paciente confirmou sítio cirúrgico.	1	2
A4	Os Termos de Consentimento Informados (parto e anestesia) foram assinados pela paciente.	1	2
A5	Os equipamentos: fontes de gases, aparelho de anestesia, monitor multiparamétrico, bisturi elétrico, aspiradores e focos foram verificados, testados e/ou repostos.	1	2
A6	Medicamentos e materiais foram verificados, conferidos e/ou repostos.	1	2
A7	A checagem para segurança anestésica foi concluída.	1	2
A8	A paciente possui alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	1	2
A9	O anestesista avaliou se há via aérea difícil/risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e solicitou equipamentos/assistência disponíveis?	1	2
A10	Verificado acesso venoso adequado.	1	2
A11	Há risco significativo de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e planejamento para fluidos e/ou hemocomponentes e/ou derivados.	1	2
B12	Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função.	1	2
B13	Obstetras, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: identificação, sítio cirúrgico e procedimento.	1	2
B14	Os obstetras revisam se há etapas críticas e duração da cesárea.	1	2
B15	A equipe de anestesiologia revisa se há alguma preocupação específica em relação a paciente.	1	2
B16	A enfermagem revisa se os materiais, instrumentais e compressas estão presentes e dentro do prazo de esterilização, incluindo resultado do indicador.	1	2
B17	Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	1	2
B18	A placa de bisturi foi colocada e comunicada à equipe? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NA	1	2
B19	A enfermagem conta as compressas, confere o número de instrumentais e de agulhas antes da incisão.	1	2
B20	A profilaxia antimicrobiana foi realizada 1 hora antes do parto cesáreo.	1	2
C21	As pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido foram colocadas e checadas conforme norma do serviço.	1	2
C22	O profissional da equipe cirúrgica confirma verbalmente qual foi o procedimento cirúrgico realizado.	1	2
C23	O profissional de enfermagem ou o obstetra confirma verbalmente se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.	1	2
C24	Houve amostra para anatomia patológica proveniente da cesárea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e foi armazenada e rotulada conforme normas do serviço.	1	2
C25	A enfermagem identifica se há algum problema com equipamento para ser resolvido? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	1	2
C26	A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo da paciente no pós-parto.	1	2

Fonte: O autor (2015).

Legenda:* A: antes da indução anestésica; B: antes da incisão cirúrgica; C: antes de a paciente sair da sala de operações; † 1: o item não está em conformidade; 2: o item está em conformidade. NA: não se aplica.

Comparando as tabelas 4, 5 e 6, nota-se que os itens A1 e A2 foram subdivididos em quatro itens (A1, A2, A3 e A4) na versão subsequente. Os respondentes apontaram um consenso de 87%, 77%, 77% e 86,6% do somatório das classificações para indispensáveis e extremamente importantes.

Foi questionada a permanência do item A3 referente ao sítio cirúrgico por alguns juízes, pois não haveria mudança do local a ser operado, uma vez que a cesárea aborda a

região abdominal. Entretanto, este item foi mantido em virtude da possibilidade da ocorrência de intercorrências não previstas em que este sítio cirúrgico possa ser ampliado e/ou modificado, como a perfuração acidental de uma alça intestinal, por exemplo, ou ainda uma extração fetal difícil em que a incisão pode se tornar longitudinal.

Verificou-se que intervenções dessa natureza não ocorreram em nenhum momento no decorrer deste estudo. Embora o sítio cirúrgico deva ser sempre referido, pôde-se constatar que para este tipo de procedimento, a informação ou não do sítio cirúrgico não representou ameaça à segurança das pacientes.

Os itens da versão primária A3 e A4 foram agrupados passando a ser o item A5, que fazia menção aos equipamentos essenciais utilizados numa cesárea. Obteve-se concordância de 87% dos respondentes da escala *Likert*, que julgaram o item como indispensável e extremamente importante. O item A5 na versão primária passou a ser o A8, com redação mais detalhada.

Na primeira versão do instrumento, os itens A6, A7, A8, B11 e B15 e seus correspondentes na segunda versão, os itens A9, A10, A11, B14 e B17, tiveram sua redação reformulada e obtiveram na análise semântica consenso entre os participantes de 90%, 100%, 97%, 90% e 93%, respectivamente, do somatório das classificações para indispensáveis e extremamente importantes. Os itens B9, B10, B17 e B18 e seus correspondentes B12, B13, B19 e B20 obtiveram, respectivamente, 77%, 83,3%, 97% e 73,3% das classificações para indispensável e extremamente importante, enquanto que os itens B13 e B14 da versão primária foram agrupados e corresponderam ao item B16, por sugestão dos participantes, e obteve-se consenso de 90% das classificações para extremamente importante e indispensável.

Os demais itens pertencentes ao intervalo B10 ao B16 e seus correspondentes, os itens B13 ao B18, foram modificados para se tornarem mais compreensíveis e operacionais e alcançaram níveis de consenso desejado. O item B19 foi eliminado na versão preliminar com a justificativa de já haver protocolos específicos para diversas doenças. Não houve solicitação da retomada desse item na análise do instrumento pelos participantes do *brainstorming* e nem dos respondentes da escala *Likert*.

Os itens C20, C23 e C24 e seus correspondentes, os itens C22, C24 e C26, tiveram suas redações simplificadas na versão secundária; já os itens C21 e C22 na versão primária foram agrupados e corresponderam ao item C23. Todos tiveram consenso acima de 80%.

Todas as considerações foram acolhidas, inclusive a de acrescentar mais um item ao instrumento, o C21, que versa sobre a checagem da pulseira de identificação da mãe e do recém-nascido, obtendo concordância de 100% das classificações para indispensável. O item

C25 apareceu na versão secundária do instrumento, sobre a possibilidade de problemas com equipamentos ao final da cesárea, devendo este item ser conferido antes e após a cirurgia.

No resultado total da análise semântica, os itens julgados corresponderam a mais de 80% do somatório geral das classificações apontadas como indispensáveis e extremamente importantes, com exceções para os itens A3, A4, B12 e B20 da versão secundária, que obtiveram consenso com igual valor de 77%, para os três primeiros, e de 73,3%, para o último.

Aplicando-se alguns testes de validade e confiabilidade ao instrumento, os resultados apresentaram um índice geral de validade de conteúdo de 0,96 e concordância entre os avaliadores (*Interrater Agreement* – IRA) de 1. O coeficiente alfa de Cronbach para o instrumento total foi de 0,86. A seguir, as tabelas 7, 8 e 9 apresentam os resultados da correlação utilizada e o Alfa de Cronbach por dimensão de análise.

Tabela 7 - Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach para a dimensão A. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item	Correlação de Pearson por item total corrigida	Alfa de Cronbach da dimensão se cada item for excluído	Alfa de Cronbach da dimensão
A1	0,183	0,661	
A2	0,154	0,679	
A3	0,571	0,578	
A4	0,281	0,665	
A5	0,301	0,645	
A6	0,196	0,660	0,664
A7	0,197	0,660	
A8	0,439	0,634	
A9	0,530	0,597	
A10	0,366	0,640	
A11	0,428	0,625	

Fonte: O autor (2015).

Tabela 8 - Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach para a dimensão B. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item	Correlação de Pearson por item total corrigida	Alfa de Cronbach da dimensão se cada item for excluído	Alfa de Cronbach da dimensão
B12	0,571	0,799	
B13	0,285	0,842	
B14	0,454	0,811	
B15	0,494	0,807	
B16	0,561	0,800	0,838
B17	0,606	0,796	
B18	0,684	0,788	
B19	0,587	0,798	
B20	0,649	0,787	

Fonte: O autor (2015).

Tabela 9 - Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach para a dimensão C. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item	Correlação de Pearson por item total corrigida	Alfa de Cronbach da dimensão se cada item for excluído	Alfa de Cronbach da dimensão
C21	0,597	0,773	
C22	0,616	0,792	
C23	0,665	0,735	
C24	0,540	0,760	0,833
C25	0,588	0,753	
C26	0,607	0,753	

Fonte: O autor (2015).

Na dimensão A, encontramos um alfa de 0,664 (pouco abaixo de 0,7, que seria significativo). O ideal seria eliminar itens que se comportam diferente dos demais. No entanto, tais itens, que versam sobre a identificação do paciente, são extremamente importantes, uma vez que estão contidos no *checklist* da OMS e possui uma finalidade indispensável que é a de prevenir eventos adversos graves relacionados a falta e/ou inadequação na realização da identificação.

Pode-se afirmar isto com relação aos itens A1, A2, A6 e A7 que exibem fraca correlação com os outros itens da dimensão “A”. Em contrapartida, a contribuição de tais itens é positiva para a dimensão, devido à diminuição do alfa de Cronbach, caso fossem excluídos. Salvo o item A2, pois, embora possua correlação fraca com os demais, sua retirada aumentaria o alfa da dimensão, aproximando-se mais do intervalo de significância, no entanto não pôde ser retirado devido à sua contribuição teórico-prática.

Já para a dimensão B, a correlação é forte e possui um alfa de 0,838, o que mostra um resultado dentro do intervalo de significância, ou seja, tais variáveis representam bem a dimensão relacionada. Além disso, percebe-se que nenhuma variável tem o indicativo de retirada, pois sua ausência somente diminuiria a fidedignidade, e todas possuem uma correlação moderada com a dimensão em si, com exceção da variável B13, que possui uma correlação fraca para moderada. No entanto, não prejudica a fidedignidade da dimensão.

A dimensão C possui um alfa de 0,833, o que mostra uma fidedignidade forte e significativa, e nenhuma variável teve o indicativo de retirada, pois sua ausência somente diminuiria a fidedignidade, e todas possuíam uma correlação moderada com a dimensão em si. Estes resultados das dimensões em separado não afetou a fidedignidade do instrumento, uma vez que o alfa de Cronbach do instrumento como um todo exibiu valor elevado de 0,86, o que lhe confere fidedignidade.

Calculou-se a média dos escores das dimensões A, B e C por meio da média das somas das notas que os entrevistados deram aos itens da mesma dimensão. Esse valor foi transformado em uma nota que variou de 0 a 100, representando a avaliação dos entrevistados conforme tabela 10.

Tabela 10 - Média dos escores das dimensões. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Dimensão	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
A*	93,8	5,6	80,0	100,0
B*	89,7	9,6	53,3	100,0
C*	93,6	8,5	66,6	100,0

Fonte: O autor (2015).

Legenda: * A: antes da indução anestésica;

B: antes da incisão cirúrgica;

C: antes de a paciente sair da sala de operação.

Para analisar as dimensões conjuntamente foi calculada a média dos escores das dimensões. Foi obtida a partir da média das somas das notas que os participantes deram a todas as perguntas da mesma dimensão. Esse valor foi transformado em uma nota que variou

de 0 a 100, representando a avaliação dos participantes. Calculou-se a média dos escores das dimensões A, B e C com valores elevados respectivos de 93,8; 89,7; e 93,6.

Acerca da discussão do estudo metodológico utilizado, relacionando-se o número de participantes das etapas de validação do instrumento, bem como da caracterização dos profissionais, estes obedeceram às recomendações propostas segundo a técnica de psicometria, que propõe um número em torno de seis especialistas com nível universitário e experiência relevante sobre a temática. Também sugere que a avaliação semântica possa ser realizada por meio da técnica de *Brainstorming* com três ou quatro participantes ou por meio do emprego de uma escala *Likert* com 30 profissionais (PASQUALI, 1998).

O instrumento apresentou relevância, clareza e adequação dos itens; assim, possui validade aparente. A literatura destaca que um instrumento possui validade quando apresenta capacidade de mensurar, de forma efetiva, um determinado fenômeno a ser investigado (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 2009).

Os IVCs de cada item do instrumento foram calculados com base no somatório do número de especialistas, que avaliaram o item como “3” ou “4”, dividindo-se o valor pelo número total de especialistas. É recomendável que os itens que receberam pontuação “1” ou “2” sejam revisados ou eliminados (GRANT e DAVIS, 1997; WYND et al., 2003).

O índice geral do IVC do instrumento foi obtido pelo somatório do IVC de cada item, dividido pela quantidade de itens. Com relação à concordância interavaliadores, este cálculo avaliou a extensão da confiança dos especialistas que avaliaram o instrumento. Uma concordância de pelo menos 80% entre os especialistas pode servir de parâmetro sobre a pertinência do item ao que teoricamente se refere (PASQUALI, 1998; RUBIO et al., 2003).

A análise semântica permitiu verificar se os itens foram inteligíveis, tanto para a população de menor grau de habilidade quanto para a de maior habilidade, obtida pela discussão em grupo e pela aplicação da escala *Likert*. Assim, utilizar frases curtas, simples e claras foi fundamental, uma vez que a declaração deve representar ações a serem executadas (PASQUALI, 1998).

Constatou-se que o instrumento possui validade de conteúdo, semântica e aparente. A confiabilidade foi constatada pelo coeficiente geral do alfa de Cronbach. Tal medida estima a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa (MARTINS, 2006; RIBEIRO et al., 2013).

O alfa para ser considerado significativo precisa ter um valor dentro do intervalo que varia de 0,7 a 0,9. Valores acima de 0,9 representam que existem itens que estão expressando a mesma informação, e abaixo de 0,7 esses itens podem não representar o fator ou dimensão

desejada. Contudo devem ser levados em consideração aspectos subjetivos indispensáveis, tais como a relevância que o item possui para o instrumento (ALMEIDA et al., 2010).

Com relação às médias dos escores das dimensões, nota-se que todas elas receberam uma nota alta, o que significa que, em média, os entrevistados acreditam que os procedimentos daquelas dimensões são importantes. De tal maneira, reforça-se a importância de todos os itens do instrumento.

Discutindo-se a importância que os *checklists* possuem para a promoção da segurança cirúrgica na cesárea, por se tratar de estudo inédito no Brasil, e pelo fato desse instrumento ter sido adaptado e validado a partir do *checklist* de segurança cirúrgica da OMS para a cesárea e para a realidade brasileira, não foi possível realizar uma discussão apoiada em outras literaturas nacionais publicadas.

Contudo, considerando-se a realização de estudos conduzidos no Reino Unido, no Canadá e na Holanda sobre o uso de *checklists* da OMS na atenção obstétrica, é possível constatar que houve melhora significativa das práticas assistenciais em obstetria nos serviços onde foram utilizados (KEARNS et al., 2011; MOHAMMED et al., 2012; SINGH et al., 2013).

Vale destacar que na Espanha houve adaptação do *checklist* de segurança cirúrgica da OMS para a cesárea com o intuito de promover maior segurança aos procedimentos e melhorar a qualidade da assistência (ROSADO et al., 2013).

Seguindo o mesmo propósito, o *National Health System* do Reino Unido realizou uma adaptação do *checklist* de cirurgia segura da OMS para a assistência à cesárea, testando-o como estudo piloto em nove hospitais e disponibilizando o seu uso como ferramenta indispensável para a segurança das mulheres na cesárea (NHS, 2010).

Dessa forma, pode-se inferir que a adaptação e validação deste *checklist* de segurança cirúrgica na cesárea atende ao que se propõe promover a segurança da paciente na cesárea e melhorar a qualidade da atenção obstétrica no serviço estudado.

5.3 Aplicação do *checklist* de segurança cirúrgica na cesárea

Nesta etapa, apresentam-se algumas variáveis relacionadas à caracterização do perfil obstétrico das pacientes estudadas. Foram escolhidas as variáveis idade, procedência, procedimento realizado, indicações diagnósticas, idade gestacional, número de gestações, número de partos, número de abortos, número de natimortos e número de neomortos.

Foram acrescentadas duas outras variáveis relativas ao período da coleta de dados e o dia da semana, com intuito de estabelecer possíveis associações com os achados da aplicação do *checklist*.

5.3.1 Caracterização da amostra estudada

A média de idade das pacientes que tiveram suas cesáreas assistidas foi de 28,82 (DP de $\pm 6,06$), com idades que variaram entre diferentes faixas etárias, conforme mostrado na tabela 11.

Tabela 11 - Idade por faixa etária das mulheres que tiveram cesárea. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Faixa etária (anos)	n	%
18-22	34	15
23-27	65	30
28-32	58	26
33-37	41	19
38-43	22	10
Total	220	100

Fonte: O autor (2015).

Referente à procedência das gestantes, a maior parte era proveniente da regional de saúde Sudoeste, que envolve Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas apresentando porcentagem acumulativa de 80% (n=176), sendo a regional de Taguatinga a que possui a maior proporção das gestantes participantes do estudo, conforme a Figura 3.

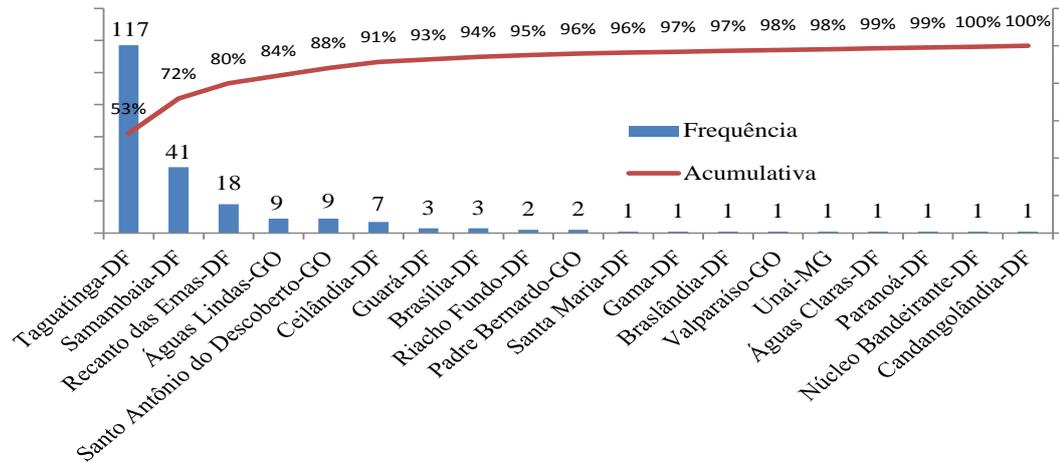


Figura 3 - Procedência das gestantes participantes do estudo. Brasília, DF, Brasil, 2015.
Fonte: O autor (2015).

Referente ao procedimento realizado, das 220 cesáreas acompanhadas, a maior parcela foi composta apenas de cesáreas, ao passo que uma pequena parcela realizou laqueadura tubária imediatamente após a cesárea. Houve apenas um caso em que foi realizada salpingectomia unilateral, ou seja, a extração de uma das trompas uterinas (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição de procedimentos nas cesáreas. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Procedimento	n	%
Cesáreas	204	92,7
Cesáreas com laqueadura Tubária	15	6,8
Cesáreas com Salpingectomia	1	0,5
Total	220	100,0

Fonte: O autor (2015).

Com relação ao número de indicações diagnósticas encontradas, a maioria das gestantes recebeu apenas um diagnóstico (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição do número de indicações diagnósticas por mulher.
Brasília, DF, Brasil, 2015.

Indicações diagnósticas	n	%
1	135	61,3
2	79	35,9
3	06	2,7
Total	220	100,0

Fonte: O autor (2015).

As cesáreas foram indicadas por 46 diferentes razões, sendo as mais frequentes: sofrimento fetal, *Diabetes mellitus* gestacional (DMG), iteratividade, cesárea prévia e pré-eclâmpsia grave. Apresentam-se os dados na figura 4 e na tabela 14 com, respectivamente, a proporção acumulativa das cinco indicações mais frequentes e todas as indicações diagnósticas.

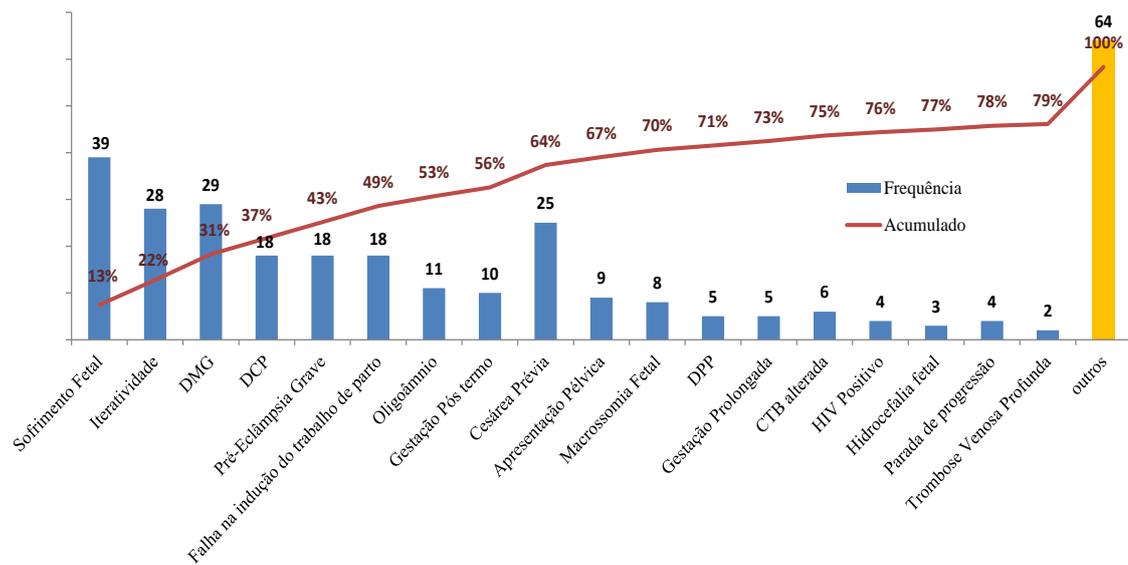


Figura 4 – Principais indicações diagnósticas das cesáreas pesquisadas. Brasília, DF, Brasil, 2015.
Fonte: O autor (2015).

Tabela 14 - Distribuição das indicações diagnósticas das cesáreas. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Indicações diagnósticas	n	% válida	% acumulativa
Sofrimento fetal	39	12,8	12,8
DMG	29	9,5	22,3
Iteratividade	28	9,2	31,5
Cesárea prévia	25	8,2	39,7
Pré-eclampsia grave	18	5,9	45,6
DCP	18	5,9	51,5
Falha na indução do trabalho de parto	18	5,9	57,4
Oligoâmnio	11	3,6	61,0
Gestação pós-termo	10	3,3	64,3
Bolsa rota	10	3,3	67,5
Apresentação pélvica	9	3,0	70,5
Macrossomia fetal	8	2,6	73,1
Cardiotocografia alterada	6	2,0	75,1
Crescimento intrauterino retardado	6	2,0	77,0
Prematuridade	6	2,0	79,0
Gestação prolongada	5	1,6	80,7
DPP	5	1,6	82,3
HAS prévia	5	1,6	83,9
Gemelaridade	5	1,6	85,6
Parada de progressão	4	1,3	86,9
Polidrâmnio	4	1,3	88,2
HIV positivo	4	1,3	89,5
Hidrocefalia fetal	3	1,0	90,5
Bradicardia fetal	3	1,0	91,5
Mal passado obstétrico	2	0,7	92,1
Taquicardia fetal	2	0,7	92,8
Trombose venosa profunda	2	0,7	93,4
DCP em gestação anterior	2	0,7	94,1
Placenta prévia	1	0,3	94,4
Hellp síndrome	1	0,3	94,8
Sling prévio	1	0,3	95,1
Insuficiência placentária	1	0,3	95,4
Sangramento transvaginal	1	0,3	95,7
Cisto necrosado em ovário	1	0,3	96,1
Placenta prévia total	1	0,3	96,4
Ausência de ecografia para estimar peso fetal	1	0,3	96,7
Apresentação transversa	1	0,3	97,0
Hipotireoidismo	1	0,3	97,4
Procidência de mão	1	0,3	97,7
Endometrite	1	0,3	98,0
Insuficiência da válvula mitral	1	0,3	98,4
HTLV positivo	1	0,3	98,7
Idade materna avançada	1	0,3	99,0
Diabetes tipo 1	1	0,3	99,3
Iminência de eclampsia	1	0,3	99,7
Hipertensão gestacional	1	0,3	100,0

Fonte: O autor (2015).

Legenda: DMG: *Diabetes mellitus* gestacional; DPP: Descolamento prematuro da placenta; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DCP: Desproporção céfalo-pélvica; HTLV: Vírus linfotrópico da célula T humana.

Considerando a variável idade gestacional, a média encontrada foi igual a 38,53 (DP: $\pm 2,58$), com idades gestacionais que variaram entre 26 e 42 semanas. A maioria das mulheres possuía idade gestacional referente ao termo da gravidez no momento da cesárea, seguidas de gestações pré-termo como os intervalos apresentados na tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição da idade gestacional (IG).
Brasília, DF, Brasil, 2015.

IG (semanas)	n	%
26-28,9	3	1
29-31,9	4	2
32-34,9	6	3
35-37,9	37	17
38-40,9	138	63
41 ou mais semanas	32	14
Total	220	100

Fonte: O autor (2015).

Legenda: IG: Idade Gestacional.

Referindo-se à variável número de gestações, foram observados, na população, desde uma até dez gestações. Predominaram mulheres nulíparas e primigestas, ou seja, que nunca pariram e que estavam em sua primeira gestação e, em seguida, secundigestas (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição do número de gestações
por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Número de gestações	nº	%
1	74	33,6
2	72	32,7
3	41	18,6
4	18	8,2
5	6	2,7
6	4	1,8
7	2	0,9
8	2	0,9
10	1	0,5
Total	220	100,0

Fonte: O autor (2015).

Conseqüentemente ao término das cesáreas, todas se tornaram primíparas ou secundíparas conforme dados apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição do número de partos por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Número de partos	n	%
1	85	38,6
2	78	35,5
3	37	16,8
4	10	4,5
5	06	2,7
6	02	0,9
7	01	0,5
10	01	0,5
Total	220	100,0

Fonte: O Autor (2015).

Referente ao número de abortos entre o grupo estudado, 38 (17,2%) mulheres tiveram algum aborto anterior (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição do número de abortos por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Número de abortos	n	%
1	30	78,9
2	6	15,8
3	3	5,3
total	38	100

Fonte: O autor (2015).

Com relação à variável natimorto, ou seja, óbitos fetais intraútero, do total da amostra, apenas seis mulheres (2,7%) tiveram feto natimorto em gestação anterior. Referente à neomortos, ou seja, os recém-nascidos falecidos até 28 dias de vida, apenas uma paciente teve um filho que nasceu vivo, vindo a falecer horas depois (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição de natimortos por mulher. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Número de natimortos	n	%
1	5	83,3
3	1	16,7
total	6	100,0

Fonte: O autor (2015).

Com relação à discussão dos dados, os achados relativos à idade apontam maior proporção de mulheres jovens, o que corrobora estudo semelhante que caracterizou o perfil de pacientes obstétricas (LEITE et al., 2009).

Ademais, por ser maioria jovem, a população estudada não pertencia a uma idade desfavorável para uma gravidez de alto risco. De acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, as características individuais desfavoráveis seriam a idade menor que 15 e maior que 35 anos (BRASIL, 2012c).

Referente à procedência das pacientes estudadas, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal, as sete regiões de saúde são: Centro-Norte, Centro-Sul, Sul, Sudoeste, Oeste e Leste. Esta regionalização permitiu elaborar o planejamento estratégico, a fim de melhorar a gestão dos recursos de saúde destinados aos estabelecimentos pertencentes a cada uma dessas regiões (BRASIL, 2007).

A regionalização dos serviços de saúde pretende organizar e ofertar serviços de saúde a uma maior parte da população. A tentativa consiste em disponibilizar uma rede de serviços em todos os níveis de atenção espalhados estrategicamente pelo território para fornecer atendimento especializado à população de uma região predefinida. A vantagem é que esse sistema permite conhecer a realidade e as necessidades locais da população vinculada aos serviços de saúde e, dessa forma, os recursos de saúde podem ser administrados com maior eficiência à população local (SILVA e RAMIRES, 2010).

Com relação à vinculação da gestante a serviços de outra regional, a portaria nº 47, de 13 de março de 2014 instituiu o mapa de vinculação das gestantes de acordo com os critérios de admissão, encaminhamento e remoção hospitalar, no âmbito da SES do Distrito Federal. Já no pré-natal, a gestante deve ser informada de seu hospital de referência, onde será atendida em situação de trabalho de parto ou intercorrência clínica de urgência e/ou emergência (BRASIL, 2014d).

Sobre a variável procedimento, as laqueaduras tubárias realizadas durante a cesárea, estiveram dentro dos critérios estabelecidos. Acerca dos critérios para a laqueadura, a portaria 48, do ano de 1999, estabelece que é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante período de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deve ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos (BRASIL, 1999).

Com relação às indicações diagnósticas para a cesárea, similaridades quanto às mais frequentes na amostra foram apontadas para os diagnósticos de desproporção cefálo-pélvica e falhas na indução (REIS et al., 2016). Estudo realizado por Leite et al. (2009), apresentou semelhanças de indicações mais frequentes para os diagnósticos de doenças hipertensivas e diabetes na amostra estudada.

Sabe-se que indicações diagnósticas adequadas promovem a segurança das gestantes nas cesáreas e que estratégias têm sido voltadas para a redução, uma vez que as cesáreas em excesso aumentam os riscos maternos, oferecendo implicações para gestações futuras e aumento de custos para os sistemas de saúde (SANCHES et al., 2012).

Como previamente exposto, o centro obstétrico estudado exibia taxas elevadas de cesáreas (em torno de 40%), o que corrobora outros achados de estudo conduzido, que aponta elevada incidência de cesáreas no Brasil, o que foi confirmado em investigação da incidência em serviços de saúde em todas as regiões do país, revelando uma proporção de 45,5% de mulheres submetidas à cesáreas (LEAL et al., 2014).

Sabe-se que o modelo obstétrico contemporâneo, principalmente no Brasil, expõe as mulheres e os recém-nascidos a altas taxas de intervenções com grande potencial de provocar danos. Intervenções, como o uso rotineiro de cesáreas sem indicação devida, além de outras, que deveriam ser utilizadas de forma apropriada apenas em situações de necessidade, atingem quase a totalidade das mulheres que dão à luz em hospitais no país (FOGAÇA et al., 2007; GOMES, 2011).

Neste sentido, as políticas de saúde materna e neonatal fomentam ações normativas e ações de fiscalização e de orientação dos serviços, que visam contribuir substancialmente para os esforços governamentais de redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal no país, além da redução dos danos físicos ou psicológicos, resultantes dos erros e práticas inadequadas dos serviços assistenciais (BRASIL, 2014a).

Com relação ao número de gestações e de partos por mulher, estudos conduzidos em 2008 e 2009 relatam resultado semelhante com maior parte da amostra de primigestas e primíparas, com 42% e 36,85%, respectivamente (ZLOT, 2008; LEITE et al., 2009).

Com relação ao número de abortos identificados, estudo sobre o perfil obstétrico revelou também achados com similaridades aos resultados deste estudo (LEITE et al., 2009).

Para as variáveis perinatais, número de natimortos e número de neomortos, não foram encontrados estudos que correlacionassem os números encontrados. No entanto, sabe-se que as taxas de mortalidade perinatal têm decrescido na população brasileira ao longo das décadas, mas ainda permanecem elevadas. No DF, a taxa de mortalidade perinatal referente

ao ano de 2011 foi de 14,1%, o que é considerado elevado, tendo em vista a recomendação da OMS para que não ultrapasse dez mortes para cada mil nascidos (BRASIL, 2000; 2012e).

A natimortalidade e a neomortalidade podem ser indicadores importantes para assistência obstétrica; dessa forma, torna-se relevante a realização de mais estudos sobre a saúde perinatal, por sua incontestável importância em termos de saúde pública. Sua ocorrência pode ser considerada evento sentinela decorrente da assistência pré-natal e ao parto (DE LORENZI et al., 2001).

5.3.2 Aplicabilidade da Lista de Verificação (*Checklist*) de Segurança Cirúrgica na Cesárea

Nesta última fase, evidenciaram-se os achados da aplicação do *checklist* na cesárea a partir da análise descritiva das conformidades e não conformidades das ações executadas pela equipe cirúrgica. Foi possível adquirir algumas impressões da dinâmica das relações interpessoais perpetradas no cenário estudado. Cabe destacar que os itens elencados nas dimensões “A”, “B” e “C” orientaram os procedimentos que deveriam ser adotados em cada etapa do perioperatório pela equipe cirúrgica do centro obstétrico pesquisado (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição percentual de itens em conformidade e não conformidade para as dimensões “A”, “B” e “C”. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item	Dimensões A, B e C*	EC†	NC‡
A1	Paciente confirmou identidade (pulseira de identificação e prontuário).	0	100,0
A2	Paciente confirmou procedimento.	100,0	0
A3	Paciente confirmou sítio cirúrgico.	0	100,0
A4	Os Termos de Consentimento Informados (parto e anestesia) foram assinados pela paciente.	0	100,0
A5	Os equipamentos fontes de gases, aparelho de anestesia, monitor multiparamétrico, bisturi elétrico, aspiradores e focos foram verificados, testados e/ou repostos.	14,5	85,5
A6	Medicamentos e materiais foram verificados, conferidos e/ou repostos.	58,6	41,4
A7	A checagem para segurança anestésica foi concluída.	17,3	82,7
A8	A paciente possui alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	98,6	1,4
A9	O anestesista avaliou se há via aérea difícil/risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e solicitou equipamentos/assistência disponíveis?	5,5	94,5
A10	Verificado acesso venoso adequado.	100,0	0
A11	Há risco significativo de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e planejamento para fluidos e/ou hemocomponentes e/ou derivados.	87,5	12,5
B12	Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função.	0	100,0
B13	Obstetras, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: identificação, sítio cirúrgico e procedimento.	0	100,0
B14	Os obstetras revisam se há etapas críticas e duração da cesárea.	1,4	98,6
B15	A equipe de anesthesiologia revisa se há alguma preocupação específica em relação a paciente.	8,6	91,4
B16	A enfermagem revisa se os materiais, instrumentais e compressas estão presentes e dentro do prazo de esterilização, incluindo resultado do indicador.	0	100,0
B17	Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	91,8	8,2
B18	A placa de bisturi foi colocada e comunicada à equipe? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NA	48,6	51,4
B19	A enfermagem conta as compressas, confere o número de instrumentais e de agulhas antes da incisão.	0	100,0
B20	A profilaxia antimicrobiana foi realizada 1 hora antes do parto cesáreo.	0	100,0
C21	As pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido foram colocadas e checadas conforme norma do serviço.	100,0	0
C22	O profissional da equipe cirúrgica confirma verbalmente qual foi o procedimento cirúrgico realizado.	7,3	92,7
C23	O profissional de enfermagem ou o obstetra confirma verbalmente se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.	0	100,0
C24	Houve amostra para anatomia patológica proveniente da cesárea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e foi armazenada e rotulada conforme normas do serviço.	100,0	0
C25	A enfermagem identifica se há algum problema com equipamento para ser resolvido? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	94,5	5,5
C26	A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo da paciente no pós-parto.	2,7	97,3

Fonte: O Autor (2015).

Legenda: * A: antes da indução anestésica; B: antes da incisão cirúrgica; C: antes de a paciente sair da sala de operação; †EC: o item está em conformidade. ‡NC: o item não está em conformidade.

Quanto ao item A1, sobre a confirmação da identidade da paciente (pulseira de identificação e prontuário), verificou-se a não conformidade, pois a totalidade das gestantes não portava pulseira de identificação. No entanto, para o item A2, todas foram previamente avisadas da cesárea e confirmaram o procedimento. As confirmações da identidade e do procedimento, correspondente aos itens A1 e A2, ocorreram no pré-parto, local de

permanência das gestantes antes do encaminhamento para a sala operatória. Na maioria das vezes, todas eram chamadas nominalmente no momento do procedimento cirúrgico. Em seguida, eram conduzidas pelos auxiliares de enfermagem à sala operatória juntamente com a prescrição médica. Por vezes, um integrante da equipe cirúrgica referia apenas o primeiro nome da paciente, ou pelo número do leito, configurando-se tais práticas uma condição insegura.

Em grande parte das vezes, ocorreu dupla conferência para identificação da paciente. Os nomes eram checados no sistema *online* por meio do prontuário eletrônico ou na prescrição médica impressa juntamente da condução pelo chamamento nominal, mas ficou claro não haver uma rotina estabelecida.

Observou-se também, que parte das pacientes portava a pulseira da classificação de risco, mas não a sua totalidade. Embora houvesse um esforço da equipe em adotar a pulseira da classificação de risco, constatou-se que estas também não estavam colocadas em todas as pacientes.

No tocante à confirmação do sítio cirúrgico e à assinatura dos termos de consentimento informados (cirurgia e anestesia), referentes, respectivamente, aos itens A3 e A4, constatou-se a não conformidade na totalidade dos casos. Pondera-se que as pacientes não saibam dos reais riscos dos procedimentos realizados, desde a terapêutica medicamentosa até o procedimento cirúrgico. Observando-se a interação das pacientes com a equipe de enfermagem, percebeu-se que, em alguns casos, as dúvidas eram demonstradas pelas gestantes por meio de questionamentos pouco antes da cirurgia.

Aproximando-se das grávidas para convidá-las a participarem do estudo, algumas confirmavam que um profissional médico tinha passado no leito e avisado sobre a cesárea, mas nenhum tinha relatado os riscos, nem o sítio cirúrgico abordado. Outras já sabiam por buscarem conhecimento na *internet* ou por terem tido cesáreas anteriores.

Quanto à checagem dos equipamentos fontes de gases, aparelho de anestesia, monitor multiparamétrico, bisturi elétrico, aspiradores e focos, apresentados no item A5, evidenciou-se a não verificação adequada considerando todos os equipamentos descritos no item. Em 85,5% (n=188) dos equipamentos essenciais para a cesárea, a conferência ocorreu de forma parcial, limitando-se, na maioria das vezes, à testagem das fontes de gases e do monitor multiparamétrico. Somente em 14,5% (n=32), as checagens foram apropriadas para todos os equipamentos citados.

Para o item A6, que versa sobre a conferência e a reposição dos medicamentos e materiais, em 58,6% (n=129) das cesáreas, tais recursos foram verificados e/ou repostos e, em

contraposição, ao redor de 41,4% (n=91), o cumprimento desse item ocorreu de forma parcial e, por conseguinte, considerou-se a não conformidade para essa última análise.

Para o item A7, referente à realização da checagem para segurança anestésica, 17,3% (n=38) das cesáreas esteve em conformidade, ao passo que 82,7% (n=182) delas não apresentaram consonância com todos os passos preconizados. Detectou-se que alguns dos medicamentos e materiais eram providenciados quando a paciente já estava em sala operatória, como antibióticos, anestésicos e materiais cirúrgicos, canetas de bisturi, entre outros, demonstrando a ausência de planejamento/organização prévia. Não raro, a ausência do circulante era notada para reaver tais recursos.

A conferência e reposição de pacotes de gazes e compressas, bem como fios de sutura, entre outros materiais eram normalmente abastecidos dentro da sala operatória antes das cesáreas, mas não existia a preocupação com a conferência da data de validade, tampouco dos medicamentos e materiais. Percebeu-se que havia, normalmente, uma preocupação específica apenas com as compressas, campos e fios cirúrgicos, a bandeja de instrumentais para a cesárea e com a disponibilização dos anestésicos principais para a anestesia raquidiana.

A checagem para segurança anestésica não foi concluída em sua totalidade. De forma parcial, os anestesistas realizavam a inspeção formal do equipamento anestésico antes de cada cesárea. As drogas, na maioria das vezes, não eram etiquetadas após a preparação, além da higienização das mãos não ter sido realizada antes da anestesia, em alguns dos casos. Todavia, pontos fundamentais foram cumpridos por parte dos anestesistas, como, por exemplo, a pesquisa de alergias medicamentosas, assim como a colocação do oxímetro de pulso em todas as cesáreas, antecipadamente à anestesia, o que revelou serem práticas unânimes entre os profissionais.

Desse modo, o questionamento a respeito de alergia conhecida, equivalente ao item A8, apontou que a investigação foi realizada adequadamente por 98,6% (n=217) dos anestesistas. Em apenas 1,4% (n=3) das cesáreas o item não foi cumprido. Das 220 pacientes acompanhadas, somente quatro relataram alergia medicamentosa (uma para dipirona, outra para as sulfas e duas para metoclopramida).

Com relação ao item A9, que versa sobre a avaliação da via aérea difícil/risco de aspiração previamente à anestesia, detectaram-se somente 5,5% (n=12) das avaliações, enquanto que 94,5% (n=208) não incluíram essa ação durante a conduta anestésica, não estando, portanto, em conformidade. Poucas gestantes foram examinadas quanto a classificação da via aérea, o que demonstrou a não importância dessa ação para a maioria dos anestesistas.

A verificação da adequação do acesso venoso, correspondente ao item A10, ocorreu conforme o preconizado em toda a amostra pesquisada. As punções venosas ocorreram sem incidentes e exibiram perfusão adequada e calibre do dispositivo intravenoso periférico apropriado para todas as pacientes, o que indica que esse item foi uma preocupação essencial para os anestesiologistas e para a equipe de enfermagem. Sempre que a equipe de enfermagem não conseguia obter um acesso venoso satisfatório, os anestesiologistas eram acionados antes do procedimento anestésico. Considerou-se, por conseguinte, a conformidade do acesso para toda a amostra, mas é importante destacar que a técnica asséptica foi insatisfatória em alguns dos casos. A não higienização das mãos antes e após os cuidados, e o não uso de luvas por parte de alguns profissionais foram observados.

Do contrário, o item A11, referente à investigação do risco significativo de perda sanguínea, a interação entre obstetras, anestesiologistas e equipe de enfermagem demonstrou ser precária, normalmente, o anestesiologista perguntava a indicação da cesárea para o obstetra ou técnico de enfermagem e anotava no boletim de anestesia.

Contudo, considerando que apenas 3,6% (n=8) apresentaram diagnóstico de doença hemorrágica, sendo, cinco casos de descolamento prematuro de placenta, dois casos de placenta prévia e um caso de hemorragia transvaginal a esclarecer, considerou-se a conformidade do item para a quase totalidade dos casos. Destas, 87,5% (n=7) tiveram planejamento para fluidos e concentrados de hemácias, mas constatou-se, falha na comunicação junto à equipe cirúrgica.

A etapa antes da incisão cirúrgica refere-se aos itens que compõem a dimensão “B” sobre a apresentação de todos os membros da equipe cirúrgica pelo nome e função, equivalente ao item B12, observou-se que a totalidade dos profissionais não se apresentou. Embora a maioria se conhecesse, quando o circulante da cesárea não conhecia o profissional, perguntava durante ou ao final da cesárea, e realizava o registro dos nomes no prontuário eletrônico. Verificou-se comunicação ineficiente entre todos da equipe cirúrgica. O anestesiologista foi o profissional que mais se apresentou, mas apenas para a paciente e não para a equipe.

Igualmente para o item B13, sobre a confirmação verbal de obstetras, anestesiologista e da equipe de enfermagem da identificação da paciente, sítio cirúrgico e procedimento, não houve comunicação entre a equipe para confirmação dessas ações na totalidade das observações.

O item B14, sobre revisão dos obstetras das etapas críticas e duração da cesárea, em 98,6% (n=217) delas não houve concordância com o preconizado, não havendo comunicação

entre os integrantes da equipe cirúrgica e, em 1,4% (n=3) delas, o item foi cumprido. Igualmente para o item B15, referente à revisão do anestesista de alguma preocupação específica em relação a paciente, notou-se que em apenas 8,6% (n=19) das cirurgias, a conformidade foi comprovada. Contrariamente, em 91,4% (n=201) dos casos, não foram comunicadas a equipe preocupações específicas.

No tocante às revisões dos materiais, instrumentais e compressas, se estavam presentes e dentro do prazo de esterilização, incluindo resultado do indicador, considerou-se o item B16 em não conformidade para toda a amostra, pois, mesmo a equipe de enfermagem tendo revisado a presença de tais itens, não foram verificados o prazo de validade e nem de esterelização, incluindo resultados do indicador em nenhuma cesárea. Considerou-se esta uma conduta extremamente insegura por parte da equipe, uma vez que é mandatória a conferência de tais recursos antes e após qualquer procedimento cirúrgico, já que materiais cirúrgicos podem ser esquecidos dentro da cavidade abdominal das pacientes. Ademais, a inexistência de um instrumentador em todos os procedimentos e a quase que total ausência do enfermeiro da unidade durante a maioria das cesáreas foram percebidas.

Para o item B17, que aborda questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações, em 91,8% (n=202) dos casos, os equipamentos funcionaram de forma adequada. Em 8,2% (n=18) das cesáreas, alguns dispositivos, como materiais e equipamentos, apresentaram problemas. Constataram-se focos de teto com lâmpadas queimadas, bisturi elétrico com defeito, placa de bisturi não posicionada no tempo correto, fonte de gases bloqueada, aspirador defeituoso, o que provocou atraso no tempo cirúrgico.

Sobre o item B18, que trata da colocação e da comunicação da placa de bisturi, detectou-se que esta foi colocada em todas as cesáreas. No entanto, a conformidade foi apontada em 48,6% (n=107) delas, tendo em vista que foram colocadas e comunicadas devidamente à equipe, enquanto que, em 51,4% (n=113) das cesáreas, a placa foi somente posicionada, e o procedimento não foi informado à equipe cirúrgica. Os locais onde eram posicionadas as placas também não foram os mais adequados. Todas foram localizadas próximas ao osso omoplata, demonstrando o não conhecimento da equipe operatória sobre o melhor posicionamento da placa dispersiva. Na maioria dos casos também não havia comunicação sobre a colocação da placa, o que tornou o ambiente propício à ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde.

O item B19 indica se a enfermagem conta as compressas, confere o número de instrumentais e de agulhas antes da incisão. Os achados apontaram a não realização da

contagem de compressas, e nem da conferência dos instrumentais e agulhas, em nenhuma das cesáreas acompanhadas.

Quanto ao item B20, que faz menção à administração da antibioticoprofilaxia 1 hora antes da incisão cirúrgica, todas as pacientes receberam os antibióticos minutos antes da incisão cirúrgica e, em alguns casos, logo após a anestesia e não como o preconizado. A confirmação da administração também não esteve presente em nenhum momento. Assim, considerou-se a não conformidade para toda a amostra.

Para a dimensão “C”, ou seja, antes de a paciente sair da sala de operações, acerca do item C21, que versa sobre a colocação e a conferência das pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido, conforme norma do serviço, em todas as pacientes as pulseiras foram identificadas e utilizadas corretamente. Verificou-se que esta conduta está naturalizada e internalizada por todos os profissionais envolvidos, sendo previamente conferida a pulseira com numeração idêntica para mãe-filho e devidamente colocada imediatamente após o nascimento, ainda na sala operatória. A pulseira do serviço pesquisado exhibe os dados específicos gravados, a saber: nome da mãe, data do nascimento e data do parto.

Acerca da confirmação do procedimento após a cirurgia, equivalente ao item C22, este se deu em apenas 7,3% (n=16) das parturientes e, notadamente, nas que foram submetidas à laqueadura tubária e a uma ooforectomia, em detrimento de 92,7% (n=204) das cesáreas.

Aventa-se que, por ser a cesárea uma cirurgia amplamente difundida na sociedade e o recém-nascido ser a prova da execução da mesma, os profissionais deteram-se a confirmar um segundo procedimento eventual realizado, como no caso das laqueaduras tubárias e, em especial, no único caso de ressecção e retirada de uma trompa uterina afetada por um cisto.

Referente à confirmação verbal final dos profissionais para a contagem de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas descritos no item C23, verificou-se que, assim como não houve esta confirmação antes da cesárea, também não aconteceu ao final do procedimento para toda a amostra.

Para o acondicionamento correto da amostra de espécimes para a anatomia patológica proveniente da cesárea, indicado no item C24, em apenas dois casos foi necessária a efetivação deste item (uma placenta e uma trompa uterina, oriundas de pacientes diferentes). Concluiu-se que, em virtude de os achados terem apontado para uma única amostra em que todo o protocolo foi cumprido adequadamente, desde o armazenamento, etiquetagem e solicitação médica do estudo anatomopatológico, a realização de uma análise mais criteriosa dessa ação não foi possível.

Para o item C25, sobre a identificação de algum problema com equipamento para ser resolvido após a cesárea, constatou-se a conformidade ao item de 94,5% (n=208) pela equipe de enfermagem, que reportou apropriadamente os equipamentos e materiais com defeito, ao passo que 5,5% (n=12) das intercorrências com equipamentos foram ignoradas pela equipe.

Relativo ao item C26, que versa sobre a revisão de preocupações essenciais para a recuperação e o manejo da paciente no pós-parto, os achados revelaram que, em 96% (n=211) das cesáreas, as questões essenciais não foram pontuadas entre a equipe cirúrgica e, apenas em 4% (n=9) destas, a assistência foi considerada adequada para a equipe como um todo. A comunicação dos aspectos de saúde/assistência revelou-se difícil entre a equipe. Normalmente, as prescrições pós-parto eram disponibilizadas minutos depois da cesárea e sem orientações fornecidas a equipe e nem à paciente.

Aspectos importantes foram ignorados por todos os componentes da equipe cirúrgica. Alguns dos profissionais demonstraram preocupação e interação entre os componentes da equipe e com a paciente quanto às questões e às orientações para a etapa de recuperação pós-anestésica. Nos poucos casos apontados, foram verbalizadas preocupações específicas para o manejo da hemorragia pós-parto, como, por exemplo, foram direcionadas intervenções para monitorar a infusão de ocítocitos, avaliar sangramento vaginal e comunicar anormalidades.

Comparando-se as três dimensões entre si, a partir de uma média simples dos itens de cada dimensão, e ponderando-se um percentual de cumprimento dos itens a partir de 80% de conformidade entre eles, verificou-se que a equipe cirúrgica fez 36% dos itens recomendados para a dimensão “A”, enquanto que, na dimensão “B”, apenas 11,1% dos itens foram cumpridos e, para a dimensão “C”, em torno de 50% dos itens foram atendidos.

Por conseguinte, a dimensão “C” apresentou melhor resultado quanto à adesão dos profissionais a execução dos itens do *checklist*. De uma maneira geral, evidenciou-se um resultado desfavorável considerando a adesão a todos os itens do *checklist*. No entanto, é importante ressaltar que os profissionais não haviam recebido treinamento quanto ao uso do *checklist* no setor estudado por ocasião da coleta de dados.

Discutindo-se os resultados da aplicação do *checklist* de segurança cirúrgica na cesárea, verificou-se que, em virtude da não identificação de nenhuma paciente, os profissionais não internalizaram a importância deste item e nem da adesão às pulseiras de classificação de risco. Isto implica em maior propensão a erros pela equipe cirúrgica.

Não ocorreram EAs quanto à paciente certa para a cesárea. No entanto, eventos adversos graves poderiam ter facilmente ocorridos com sérias repercussões, como a realização de procedimentos invasivos em pacientes trocadas. Durante a coleta dos dados, pôde-se

constatar a ocorrência de um *near miss*², tendo sido chamada a paciente errada para uma das cesáreas, mas o incidente foi logo corrigido por outro profissional da equipe.

É importante destacar que o itinerário que a gestante percorre antes de adentrar o centro obstétrico do hospital estudado inicia com a classificação de risco (BRASIL, 2009c). Em seguida, caso a paciente for medicada ou internada, a segunda pulseira, a de identificação com pelo menos dois itens descritos, o nome da paciente e sua data de nascimento, conforme recomendado pela OMS (WHO, 2009a), é colocada e, por fim, a terceira e última pulseira, da genitora e neonato, é utilizada em caso de desfecho do parto.

Embora não seja objeto desta pesquisa, a classificação de Manchester consiste em uma iniciativa que reforça a segurança do paciente, mas aqui não pode jamais ser confundida, nem se desviar de sua finalidade, que é a de caracterizar os níveis de gravidade para o atendimento na emergência, onde todos os pacientes, incluindo homens, mulheres e crianças, devem ser classificados (BRASIL, 2004).

Cerca de cinco pulseiras são adotadas na classificação de risco. A vermelha, para atendimento emergente; a laranja, para atendimento muito urgente; a amarela, para atendimento urgente; a verde, para atendimentos de menor urgência; e a azul, para atendimento não urgente. No Brasil, após a implantação do sistema de classificação de risco trazido pelo Protocolo de Manchester, atestou-se redução considerável nos índices de internamentos, com conseqüente diminuição das taxas de mortalidade (BRASIL, 2004; ASSIS et al., 2014).

Para Hoffmeister e De Moura (2015), na prática, a identificação do paciente é uma etapa da assistência de enfermagem que não tem sido valorizada devidamente. A não identificação pode interferir nas etapas subsequentes do cuidado ao paciente, fundamentais para garantir a qualidade e segurança das intervenções executadas.

Recomenda-se a colocação de um bracelete de identificação ou outro método apropriado de identificação física, e que a identidade seja confirmada pelo nome, e também por um segundo identificador, como, por exemplo, data de nascimento e/ou endereço e/ou registro no hospital; para os casos de pacientes que não possam ser identificados com pulseiras, que sejam pensadas outras formas de identificação. A orientação é clara para que a pulseira de identificação do paciente seja branca, de plástico lavável, confortável, durável e que se possa escrever com canetas de uso comum. Antes da indução anestésica, um membro

² *Near Miss* consiste na ocorrência de um incidente que foi interceptado antes de atingir o paciente (WHO, 2009b).

da equipe deve confirmar verbalmente a identificação com a paciente ou membro da família (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a; 2014b).

O protocolo de identificação do paciente orienta que nunca se deve perguntar pelo nome do paciente dizendo-o previamente a resposta, porque ele pode não compreender e concordar por engano. O correto é solicitar ao paciente que declare seu nome completo e data de nascimento, assim como conferir o nome na prescrição médica eletrônica e repeti-lo para o paciente também não reforçam a segurança na identificação (WHO, 2009a; 2014b).

Recentemente, a tecnologia vem sendo utilizada, especialmente na rede suplementar de saúde, e pode ser uma aliada à identificação e à segurança do paciente, quando utilizada pelo menos com dupla checagem, interrogando o nome da paciente e confirmando os dados na pulseira de identificação, podendo haver o reforço com a prescrição ou prontuário eletrônico; entretanto há de se ter cuidado, pois a introdução da tecnologia não é infalível na prevenção de EAs (KOPPEL., et al, 2008; BRASIL, 2013a).

Alguns hospitais já incorporaram o uso da tecnologia, por meio das pulseiras eletrônicas, que vêm com códigos de barras. No entanto, é necessário que os profissionais sigam as orientações de escanear o código de barras da pulseira do paciente e da medicação a ser administrada, agregando segurança ao processo. Deve-se atentar para que recomendações sejam cumpridas, pois em ocasião de incidentes com a pulseira, como danificação, rompimento, dados ilegíveis dentre outros, a conferência pode ficar prejudicada (KOPPEL et al., 2008).

Ademais, certificar-se mais de uma vez da identificação da paciente é conduta mandatória, pois falhas podem ser detectadas também em sistemas eletrônicos, como apontou um estudo realizado na Austrália por Magrebi et al. (2015), que apresentou a notificação de 90 incidentes envolvendo tecnologia da informação. A migração errada de dados dos pacientes culminou em impacto importante nos cuidados prestados e ocasionou danos reais aos pacientes, como erros relacionados à identificação e à medicação.

Para Avelar et al. (2010), a identificação incorreta pode resultar em graves consequências para o paciente. Das falhas, advêm os erros de medicação, erros durante a transfusão de hemocomponentes, erros em testes diagnósticos, procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados.

O envolvimento e a responsabilidade dos profissionais de saúde são fatores determinantes para a eficácia do processo de identificação nas instituições. Discussões e reflexões sobre a cultura de segurança, tendo em vista o processo de identificação, repercutem na imagem institucional e dos próprios trabalhadores. Além da padronização de ações, é

relevante mensurar e divulgar os resultados, minimizando os riscos advindos da identificação incorreta dos usuários, os quais resultam, na maior parte das vezes, em agravos à saúde, retratados pelas morbidades ou mortes (TASE et al., 2013).

É sabido que o uso adequado da pulseira contribui para a segurança na identificação do paciente e previne EAs. Mas é necessário que os profissionais sejam informados, principalmente no que se refere às finalidades diferenciadas das outras pulseiras na assistência obstétrica.

Estudo realizado no Reino Unido por Smith et al. (2011) indicou altos níveis de consciência entre os profissionais do corpo clínico sobre a política de segurança e do uso da pulseira de identificação do paciente, mas revelou ambiguidade sobre os detalhes das mesmas. Conforme Oliveira et al. (2014), estratégias simples e eficientes podem prevenir e reduzir riscos e danos aos pacientes nos serviços de saúde, por meio do seguimento de protocolos específicos, associados às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente.

A identificação do paciente é fundamental para a segurança tanto dele mesmo quanto do profissional. A equipe reconhece a existência do erro humano e entende que, quando um erro acontece, não é somente o paciente quem sofre as consequências, mas todos os envolvidos no processo de cuidado. A utilização da identificação do paciente, além de evitar o dano, pode ser uma aliada na promoção da segurança do profissional (SOUZA, S et al., 2015).

No que concerne aos resultados do item A2, todas as pacientes foram informadas que iriam para a cesárea. Em todos os casos, o próprio médico obstetra comunicava a realização da cirurgia e solicitava para a equipe de enfermagem o preparo da paciente, portanto, todas confirmaram o procedimento. Antes da indução anestésica, o condutor da lista de verificação deve revisar verbalmente com o próprio paciente se sua identificação foi confirmada, se o procedimento e o local da cirurgia estão corretos, o consentimento para cirurgia, e a anestesia e o sítio cirúrgico (BRASIL, 2013a).

A não conformidade em toda a amostra para os itens A1, A3 e A4 refletiu a não valorização da equipe cirúrgica da execução de tais práticas. O setor não possuía os termos de consentimento informados para a cirurgia e a anestesia elaborados e disponíveis.

Entende-se que é direito da paciente saber exatamente o local do abdômen a ser operado, a confirmação do procedimento que será realizado, bem como os esclarecimentos contidos nos termos de consentimento para cirurgia e anestesia (WHO, 2009a; BRASIL, 2016a).

De acordo com Bedoya-Ronga e Currie (2012), na ocasião da indicação da cesárea, a decisão orientada pelo médico deve proporcionar às mulheres grávidas as informações e o

apoio baseados em evidências científicas. Devem ser incluídos detalhes sobre a motivação para a cesárea e o esclarecimento de seus riscos e benefícios, bem como potenciais repercussões e complicações para futuras gestações devem ser destacadas, e os médicos devem levar em conta as preocupações e as prioridades da mulher.

Deve-se ressaltar que uma mulher grávida tem o direito de recusar a oferta de uma cesárea. Para Simões (2010), a obtenção do consentimento do paciente se traduz em uma concordância, revogável a qualquer instante, precedida de uma informação clara, abrangente e satisfatória para a compreensão de sua real condição de saúde.

A orientação sobre a realização do procedimento, do sítio cirúrgico a ser operado e de suas consequências é imprescindível para a segurança da gestante. O diálogo firmado entre a equipe médica e a paciente, após a entrega de um termo explicando o procedimento, os riscos e o local onde será realizada a incisão podem contribuir muito para que a gestante seja direcionada para a cirurgia sem dúvidas e consciente de todas as etapas.

Em estudo realizado por Oliveira et al. (2010), na visão de alguns profissionais médicos, ao se solicitar a assinatura do termo de consentimento para a paciente, uma reação de medo pode ser desencadeada, aumentando o tempo da consulta antes da cirurgia. Tal argumento, porém, não se sustenta pelo fato de que esses problemas teriam como contrapartida o respeito ao direito do paciente e a redução de demandas judiciais. No tocante ao medo, pode-se dizer que essa argumentação foi ambígua pelos próprios entrevistados, que reconheceram o uso do termo como elo fortalecedor da relação médico-paciente.

É importante destacar que o consentimento informado é essencial e necessário como parte das ações consideradas boas práticas. Por meio deste, o profissional é solicitado a fornecer uma explicação adequada para o paciente ou para seu acompanhante acerca da doença, do tratamento proposto e dos possíveis resultados, especialmente em procedimentos cirúrgicos, em que possam ocorrer complicações (CHIAPPONI et al., 2015).

Mesmo sendo importante e necessário que o termo de consentimento seja apresentado antes de qualquer cirurgia ou procedimento invasivo, a obtenção do consentimento informado, eticamente válido, pode ser difícil, pois pouca informação pode deixar os pacientes mal orientados e muita informação pode ter efeitos negativos (KELLY et al., 2013).

Conduziu-se uma investigação cujos resultados apontaram que 62% de seus pacientes, que tinham assinado um consentimento informado para se submeterem a procedimentos cirúrgicos, compreenderam o propósito do mesmo, e que não mais que 40% referiram, de forma correta, pelo menos um dos principais riscos relacionados (SANCHINI et al., 2014).

O nível de compreensão do paciente, com relação ao consentimento informado, está longe de ser ideal, mesmo quando são empregadas técnicas de comunicação médico-paciente. Quando um esforço é direcionado para se obter um consentimento informado pleno, permanece o fato de continuamente se pensarem maneiras de educar melhor o paciente sobre os riscos e benefícios de um procedimento cirúrgico (ALISSON et al., 2011).

Outro estudo com 100 pacientes cirúrgicos que receberam o termo de consentimento informado, 99% indicaram o nome correto e o local do procedimento, em torno de 92% apontaram o modo de anestesia e 70% lembraram-se dos riscos potenciais. Apenas 39% dos pacientes receberam um folheto informativo sobre a operação e, destes, cerca de 80% afirmaram que a iniciativa melhorou a compreensão do processo. Concluiu-se, que o fornecimento de informações relevantes foi insuficiente, pois os pacientes apresentavam recordação limitada dos potenciais riscos cirúrgicos (WONG et al., 2015).

Conforme Chiapponi et al. (2015), embora 100% dos pacientes dissesse no início de sua entrevista ter entendido e memorizado os riscos de seu procedimento iminente, 5,8% não conseguiram indicar a parte correta do corpo onde a incisão teria lugar. Apenas 18,2% dos pacientes foram capazes de mencionar duas ou mais complicações, e 45,3% não podiam sequer recordar uma única complicação.

Esses resultados indicam que a confecção do termo de consentimento informado para anestesia e cirurgia deve ser criteriosa, tendo em vista a divulgação dos achados científicos. Portanto, devem ser construídos de forma completa, objetiva, em linguagem simples e assertiva, a fim de promover o entendimento e a confiança (BRASIL, 2016a).

Em uma análise da biblioteca Cochrane, os achados demonstraram que a promoção do uso do consentimento informado antes de procedimentos invasivos melhorou o entendimento dos pacientes sobre o procedimento cirúrgico a que serão submetidos (KELLY et al., 2013). Como corrobora Mulsow et al. (2012), o termo de consentimento pode melhorar a compreensão do paciente do procedimento cirúrgico e reduzir a ansiedade periprocedural. A consequência e os riscos potenciais da cirurgia não têm impacto na satisfação, no tratamento e nas orientações recebidas.

Na Austrália, constatou-se que o nível de educação, alfabetização e competência linguística, combinados com a habilidade de os profissionais explicarem, de forma eficaz, o procedimento médico e os riscos e complicações inerentes, foram determinantes para que o termo de consentimento informado fosse compreendido pelo paciente. O uso de materiais de ensino entregues por escrito ou incorporados em um processo de multimídia interativa levou a

melhorias na compreensão dos pacientes quanto às implicações cirúrgicas (SHERLOCK e BROWNIE, 2013).

A mais recente publicação do Ministério da Saúde sobre operação cesariana orienta que deve ser obtido o termo de consentimento para todas as mulheres submetidas à cesárea. Neste, devem estar incluídas as condições clínicas da paciente, as opções de tratamento, os riscos e os benefícios da operação, incluindo o risco da não realização do procedimento. Ainda, o conteúdo do termo deve ser claro e acessível, e respeitar a linguagem e as características socioculturais das pacientes (BRASIL, 2016a).

A recomendação é clara para aplicação do *checklist* antes da indução anestésica e requer que um membro da equipe cirúrgica confirme que o paciente deu o consentimento informado para o procedimento, devendo também confirmar o sítio e o procedimento corretos (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Nesse cenário, a comunicação eficaz entre médico e paciente é fundamental, já que é esperado que o paciente faça parte do processo de decisão. Devem-se ponderar os riscos e os benefícios dos tratamentos recomendados, haja vista que existem numerosas barreiras à comunicação e ao entendimento mútuo, relatado frequentemente nas pesquisas. A transmissão de informação suficiente e compreensível é, então, importante para que o paciente seja capaz de tomar uma decisão verdadeiramente informada (WHITNEY et al., 2004).

Referente aos medicamentos essenciais para a anestesia, aos equipamentos para a cesárea e à checagem de segurança anestésica, descritos nos itens A5, A6 e A7, embora os resultados tenham sido incipientes, a adesão total dos anestesistas ao uso da oximetria de pulso corrobora os achados de Eichhorn (1993), que sempre quando os anestesistas têm acesso a essa tecnologia, a oximetria de pulso tem sido adotada de maneira incondicional e em sua totalidade, consistindo em conduta com grau de importância elevado.

Apoiam-se nas questões de segurança do paciente o uso e a padronização de equipamentos e tecnologias como estratégias importantes, as quais são muito pensadas em prol da redução de incidentes e erros. Cabe destacar a extensão desses cuidados aos materiais de consumo a serem utilizados, cuja ampla diversidade implica em vigilância ainda maior (MELO e BARBOSA, 2013).

Essas tecnologias, quando adequadas, inteligentemente utilizadas e administradas podem beneficiar a prática do cuidado em múltiplas esferas. Contudo, a acelerada produção cognitiva, quando fragmentada e restrita apenas ao uso técnico, de forma não articulada com a interação e comunicação da equipe, traz preocupações, pois se entende que as relações de

cuidado em enfermagem não podem ser substituídas, e sim, fortalecidas com a utilização dos recursos tecnológicos (BAGGIO et al., 2010).

Não somente o preparo da paciente para a cesárea compreende a checagem de todas as condições materiais, de equipamentos, mas também a investigação da condição de saúde das pacientes e da comunicação entre os integrantes da equipe cirúrgica. Em cada fase, o condutor da lista de verificação deve confirmar se a equipe cumpriu as ações antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deve ser interrompida, e o paciente deve ser mantido na sala operatória até sua solução (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Como relatam Chestnut et al (2014), para a gestante que vai para a cesárea, é imprescindível discutir o plano operatório com a equipe multidisciplinar, realizar a avaliação pré-anestésica e obter o consentimento informado, preparando os equipamentos e os medicamentos necessários, e colocar a paciente em decúbito dorsal com deslocamento uterino para a esquerda, independente da técnica anestésica.

O estímulo às práticas de segurança anestésica faz-se essencial. Elas são consideradas um conjunto de ações realizadas pelo anesthesiologistas, que visam reduzir as situações inseguras na anestesia, por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia (WHO, 2009a; FONSECA et al., 2012).

Somam-se às práticas de segurança anestésica a adesão aos dez passos para uma anestesia segura, os quais contemplam a higienização das mãos, a avaliação pré-anestésica, o preenchimento correto dos impressos da anestesia, a assinatura do termo de consentimento, a checagem de todos os recursos, o planejamento da via aérea, da analgesia e da reposição volêmica e do transporte seguro do paciente (WHO, 2009a; CHESTNUT et al., 2014).

Dados recentes sugeriram que uma precária técnica asséptica em anestesia pode ser um importante contribuinte para infecções pós-operatórias, e que microorganismos com o potencial de causar infecção podem ser inadvertidamente injetados em pacientes durante a administração de drogas intravenosas durante a anestesia (GARGIULO et al., 2016).

Além do apontado, identificar as medicações antes de administrá-las faz parte da segurança anestésica. Os erros de medicação podem ocorrer em qualquer etapa da terapia medicamentosa, a saber: prescrição, transcrição, dispensação, distribuição, preparo, administração e monitorização. Por ocasião da administração, ressalta-se que todo o paciente ao qual qualquer medicamento seja administrado deve primeiro ser identificado, de maneira

clara e explícita, pela pessoa responsável por sua administração no paciente (CASSIANI et al., 2009).

Estudos que avaliam os erros de medicação revelam que os médicos frequentemente não conseguem alcançar os seguintes objetivos: medicamento correto para o paciente correto e na dose e via corretas. Além de prática cuidadosa e atenção consciente ao detalhe, um sistema baseado na aproximação dos profissionais para vigilância nos processos de administração de drogas é fundamental para corrigir a prática insegura (WHO, 2009a).

A anestesia é considerada segura quando há acesso a todos os insumos necessários para os pacientes. Na obstetrícia, especialmente para a cesárea, a exigência passa pela capacidade de proporcionar com segurança as condições adequadas para a anestesia geral e raquidiana, e de ter acesso à transfusão de sangue e medicamentos para o tratamento de problemas comuns em obstétrica, como hemorragia, pré-eclampsia eclampsia entre outros (HODGES et al., 2007).

Entretanto, mesmo na atualidade, é possível que milhões de pessoas em países em desenvolvimento não tenham acesso aos recursos considerados um direito humano essencial: o acesso à anestesia segura e a alívio da dor durante a cirurgia e parto. Nota-se que em diversos países ocorrem problemas diferentes, que exigem distintas soluções; alguns sistemas de saúde necessitam de melhorias, enquanto outros precisam de investimentos entre outros recursos (HODGES et al., 2007).

Sobre a pesquisa de alergia medicamentosa, referente ao item A8, mesmo sendo um resultado que revelou uma frequência muito pequena para a não execução, verificou-se que um EA relacionado a alergias medicamentosas poderia ter facilmente ocorrido nas pacientes que não tiveram esta investigação, o que poderia, sem dúvidas, ter provocado danos reais.

A respeito disso, estima-se que as reações adversas a medicamentos representem cerca de 6,5% de todas as admissões hospitalares. Em torno de 15% dos pacientes têm suas internações prolongadas e sua qualidade de vida afetada em virtude do tratamento tardio, de investigações desnecessárias ou até morte do indivíduo. Tal estatística pode ser ainda maior devido à subnotificação generalizada dos casos (POWELL et al., 2007; MIRAKIAN et al., 2008).

De acordo com Blood (2012), o papel da equipe pré-operatória é pesquisar alergias medicamentosas antes de uma cirurgia para assegurar que o paciente possa passar pelo procedimento e pela anestesia de forma segura. Pergunta-se para o paciente sobre seu histórico de medicação, pois, em caso de adequação da dose terapêutica ou de substituição, o

paciente é aconselhado sobre a existência de possíveis alergias e, a partir de então, pode-se trabalhar a prevenção desses eventos.

Conforme Silva et al. (2011), o EA oriundo do uso de medicamentos abrange as reações adversas e os erros de medicação, mas podem ser prevenidos na maioria das vezes. A OMS estimula todas as nações do mundo a prestarem maior atenção a esses eventos. Em muitos países, as discussões e as implementações de estratégias relacionadas a essa temática visam estabelecer as causas, as consequências e os custos diretos e indiretos desses erros para as organizações de saúde.

As reações alérgicas a medicamentos constituem uma parcela extremamente importante dos EAs. É importante enfatizar a necessidade de notificação dessas reações pelos profissionais envolvidos no tratamento do paciente de forma sistematizada, por meio de ações de farmacovigilância, bem como a identificação dos possíveis mecanismos imunológicos envolvidos por meio de testes laboratoriais, história e avaliação clínica detalhadas (NAGAO-DIAS et al., 2004).

Para a realização da classificação da via aérea, por meio da análise de potencial via aérea difícil ou risco de aspiração, relativa ao item A9, de acordo com Melhado (2006), é importante lembrar que apenas por meio de uma simples avaliação prévia das vias aéreas é possível antecipar boa parte de eventuais riscos e, com isso, planejar condutas para antever possíveis problemas que possam culminar em necessidade ventilatória.

No tocante às cesáreas, as anestésias são, na maioria das vezes, realizadas por via espinhal, também denominada, via raquimedular. Deve-se atentar que, independente do tipo da anestesia, a evolução para anestesia geral pode ocorrer e, portanto, a classificação da via aérea é mandatória em todos os procedimentos anestésicos (WHO, 2009a)

Apesar das falhas para assegurar as vias aéreas serem infrequentes em países desenvolvidos, elas podem ter consequências graves. A segurança anestésica em obstetrícia é uma prioridade, pois as gestantes estão sob-risco anestésico elevado. Em casos especiais, existem estratégias para o manejo anestésico, como ventilação, inserção de um dispositivo laríngeo, intubação endotraqueal e, em casos extremos, criação de uma via aérea cirúrgica, evitando-se as falhas simultâneas, ao reconhecer e solucionar incidentes, pois estes quando ocorrem são quase sempre fatais (WHO, 2009a; BRASIL, 2016a).

Estima-se que, de todas as mortes por complicações da anestesia, especialmente na área obstétrica, a proporção seja em torno de 50%. Estas estão associadas a complicações no manejo das vias aéreas e na anestesia com presença de hipovolemia. Acrescem-se fatores que contribuem como técnica deficiente, falta de treinamento e a falta de monitorização dos

profissionais (HAWKINS et al., 1997; FENTON et al., 2003; ENOHUMAH e IMARENGIAYE, 2006; WEINDLING, 2013).

Antes do procedimento anestésico, recomenda-se a classificação da via aérea do paciente por meio da classificação de Mallampati, na qual é solicitado ao paciente que abra a boca, para se observarem as características anatômicas que podem prever uma anestesia geral complicada ou difícil (WHO, 2009a). Trata-se de uma conduta simples, que antevém futuras complicações e permite o planejamento da assistência.

Outra parte essencial da anestesia é a verificação do acesso venoso, se adequado, correspondente ao item A10, especialmente para a cesárea em que há perda de volemia importante, e tendo em vista a reposição de fluidos e da administração de medicamentos em grande quantidade. De acordo com Chesnut et al. (2014), é recomendado garantir um acesso venoso de grosso calibre como, por exemplo, os dispositivos de numeração 16 ou 18 e avaliar os riscos para hemorragia e planejamento de fluidos.

A punção venosa é um procedimento que se caracteriza pela introdução de um dispositivo dentro do vaso sanguíneo, e que requer cuidados e monitorização periódica, nos casos de sua permanência. É uma das atividades frequentemente desempenhada pelos profissionais de enfermagem. A competência técnica para execução desse procedimento exige conhecimentos oriundos da anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia, psicologia, além de destreza manual (TORRES et al., 2005).

Neste contexto, conforme Pereira e Zanetti (2000), a equipe de enfermagem possui um papel primordial na prevenção e na redução das complicações relacionadas ao acesso venoso, pois é dela a responsabilidade por esse procedimento, visto que ocorre uma quebra na integridade cutânea, sendo a flora local o principal foco de infecções.

Em estudo conduzido por Tertuliano et al. (2014), detectou-se que a ocorrência de flebite esteve presente em 31,6% dos 76 pacientes investigados. Dessa forma, cabe ao enfermeiro avaliar criteriosamente os riscos de flebite em seus pacientes, devendo informá-los e protegê-los, e comunicar e orientar toda sua equipe quanto à possibilidade dessas complicações, propondo sempre cuidados necessários para evitá-las.

Outro estudo apontou que as complicações mais comuns oriundas da terapia intravenosa foram flebite com 64,9%, infiltração com 40,5% e hematoma com 18,3%, além de problemas como trombose, tromboflebite e extravasamento, que corresponderam a menos de 5% das intercorrências, dentre os 328 pacientes investigados (XAVIER et al, 2011).

Conforme Meireles et al. (2011), são necessárias atualizações constantes e educação permanente para as equipes de enfermagem no que se refere à terapia intravenosa e aos

cuidados inerentes aos seus dispositivos, como forma de prevenção e minimização dos riscos decorrentes.

Sobre o risco significativo de perda sanguínea, descrito no item A11, emprega-se o termo “perda sanguínea significativa”, pois na cesárea já ocorre uma perda sanguínea importante. Vale destacar que, na maioria das cesáreas realizadas, não houve risco significativo de perda sanguínea, embora seja conhecido que a cesárea, por si só, implique em perda sanguínea elevada, em condições normais (ZUGAIB, 2010; REZENDE e MONTENEGRO, 2011; CHESTNUT, 2014).

Para Chestnut (2014), a cesárea envolve perda sanguínea maciça, podendo alcançar 1000 ml. O primeiro passo na atenuação dessa perda durante a cirurgia é sua prevenção. Clinicamente, os déficits de coagulação devem ser corrigidos antes da cirurgia, sempre que possível, pois é sabido que a subestimativa da perda de sangue e a reanimação inadequada do volume intravascular durante a hemorragia periparto são ocorrências comuns, que contribuem para morbidade e mortalidade materna.

A hemorragia grave é a causa mais importante de morte materna em todo o mundo. Estima-se que mais da metade de todas as mortes maternas ocorra dentro de 24 horas após o parto, mais comumente a partir de sangramento excessivo (ACOG, 2006). Portanto, o *checklist* de segurança cirúrgica da OMS preconiza a avaliação dos riscos da perda sanguínea e o planejamento da infusão de hemocomponentes e derivados em caso de necessidade no perioperatório (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Referente à apresentação dos integrantes da equipe cirúrgica, relatada no item B12, constataram-se uma impessoalidade no relacionamento entre os profissionais, uma precária comunicação e integração insatisfatória. De acordo com o protocolo de segurança cirúrgica, no momento da aplicação do *checklist*, o condutor solicita que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados (BRASIL, 2013a).

Os resultados de um estudo sobre trabalho em equipe possibilitaram reflexões sobre a complexidade das relações humanas e destacou a necessidade de capacitação para o desenvolvimento de competências interpessoais e de trabalho em grupo, dentre estas, a comunicação. Entende-se que o trabalho em equipe é caracterizado pela relação recíproca, pelo compartilhamento de tarefas e pela necessidade de cooperação coletiva para alcançar os objetivos comuns. Também, percebe-se a importância de investimento nas relações profissionais e na comunicação efetiva (NAVARRO et al., 2013).

Segundo relata Pancieri et al. (2013), acredita-se que, aplicando-se o *checklist*, pratica-se a comunicação com toda a equipe, enquanto confirmam-se os itens, dialogam-se com as ações e preocupações a todos da sala operatória. Desse modo, o *checklist* torna-se um meio eficaz e satisfatório de comunicação.

A “pausa cirúrgica”, também chamada “*time out*”, descrita no item B13, não foi realizada em nenhuma das cesáreas. Trata-se de um curto período de tempo, menos de 1 minuto imediatamente antes da incisão cirúrgica, durante o qual um membro da equipe cirúrgica designado confirma verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento a ser realizado. É uma forma de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros. Nesta etapa, após a confirmação verbal desses parâmetros, o cirurgião deve dizer em voz alta o nome do paciente, a operação a ser realizada, o local e o lado da cirurgia, quando houver. O enfermeiro e o anestesiológista devem confirmar se as informações estão corretas (JC, 2003; WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Outro estudo conduzido apontou outras medidas de segurança que podem ser tomadas durante a pausa cirúrgica, chamada de “pausa estendida”, a qual envolve, além da confirmação da identificação do paciente, do sítio cirúrgico, a discussão pelos membros da equipe de detalhes importantes da cirurgia a ser realizada. A pausa cirúrgica estendida demonstrou melhoria da segurança e direcionou a equipe a escolher a melhor terapêutica para o paciente (MAKARY et al., 2006; PRONOVOST et al., 2006; ALTPETER et al., 2007; SINGH et al., 2013).

Um resultado bem-sucedido da pausa cirúrgica ocorreu em um estudo conduzido no Reino Unido com 90 pacientes que receberam tratamento cirúrgico no setor de cirurgia plástica. Em diversas cirurgias, utilizou-se a lista de verificação de cirurgia segura da OMS e comparou-se com a lista prévia do setor. Constatou-se que, usando a lista de verificação do departamento, o *time out* só foi realizado em 30% dos casos e dois incidentes clínicos foram relatados sem danos ao paciente. Em contrapartida, com a introdução da lista de verificação cirúrgica da OMS, o *time out* ocorreu em 80% dos casos e, em todos eles, não houve a ocorrência de incidentes (ABDEL-REHIM et al., 2011).

Os resultados proporcionados pelo uso dos *checklists* apontam para melhorias na comunicação e redução de potenciais incidentes, com ou sem dano real, por meio da pausa cirúrgica e pausa estendida, elevando-se os níveis de qualidade na assistência cirúrgica. De acordo com Walker et al. (2012), o uso dos *checklist* indicam melhoria da comunicação, comprovada por diversos estudos já conduzidos por pontuar em detalhes as ações de segurança para a equipe e para o paciente.

Sobre a revisão de etapas críticas e a duração da cesárea pelo obstetra, da revisão dos anestesistas, da revisão da enfermagem, e da revisão dos materiais e equipamentos equivalente aos itens B14, B15, B16 e B17, todos estão concatenados no *checklist* e constituem importante etapa em cascata, que precede a incisão cirúrgica. É um momento em que se espera um planejamento das ações por parte de todos os integrantes. São elementos desse processo a interação e o compartilhamento de preocupações em que questões importantes são pontuadas como, por exemplo, são revisados os materiais, instrumentais e compressas. Ao conduzir a lista de verificação, o instrumentador ou o técnico que disponibiliza os instrumentais e materiais para a cirurgia confirmará verbalmente a realização da esterilização por meio do indicador, demonstrando que a esterilização tenha sido bem-sucedida (WHO, 2009a).

Como afirmam Monteiro e Silva (2013), para esse segundo momento toda a equipe deve estar presente na sala cirúrgica. Nessa etapa, pode ser sinalizada a antecipação de eventos críticos e será feito o repasse da revisão por parte do cirurgião, do anestesista e da equipe de enfermagem, com relação a possíveis preocupações com o instrumental, com os equipamentos e com o paciente. O cirurgião e o anestesista podem declarar possíveis eventos como, por exemplo, alguma doença de base, que possa vir a ser um complicador para o perioperatório, ou solicitar alguma conduta especial voltada para o caso.

Como reafirmam Grigoletto et al. (2011), recomenda-se que o anestesista comunique qualquer outro aspecto que seja relevante para conhecimento de toda a equipe. Igualmente fundamentais são: a verificação dos equipamentos se estes estão adequados e funcionantes, e a checagem de materiais e instrumentais, quanto ao processo de esterilização, pois, caso não estejam, isso deve ser corrigido antes da incisão da pele.

No tocante à colocação e à comunicação da placa de bisturi, equivalente ao item B18, preconiza-se não somente a colocação da placa de bisturi, como também a comunicação de seu posicionamento, o que reforça o cumprimento do item de forma adequada e certifica-se o não esquecimento (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Deve-se posicionar a placa em região muscular bem vascularizada, evitando-se colocá-la sobre cicatrizes, saliências ósseas, próteses metálicas, eletrodos e cabos. Deve-se empregar a placa o mais próximo possível do sítio cirúrgico, atentando-se para o não posicionamento em local onde possa haver infiltração de líquidos (AFONSO et al., 2010).

A utilização do bisturi elétrico reduz o tempo cirúrgico por meio de intervenções homeostáticas de eletrocirurgia, que provocam corte e coagulação. No entanto, também seu uso está associado a complicações potenciais, incluindo queimaduras internas e externas,

seroma e infecções, quando utilizada de forma inadequada (RAPPAPORT et al, 1990; MOREIRA e AMARAL, 2014).

De forma a não ocasionar danos aos pacientes, a instalação da placa dispersiva ou neutra permite que a corrente elétrica passe através do corpo e seja eliminada. Assim, a eletricidade gerada é removida para fora do paciente, impedindo queimaduras entre outros incidentes (PARRA et al., 2012).

Para Alkatout et al. (2012), é requerido um conhecimento dos fundamentos da eletrocirurgia por toda a equipe na sala operatória, sendo essencial para a segurança do paciente e para o reconhecimento de potenciais complicações.

Para alcançar a segurança no uso do bisturi elétrico e para prevenir EAs, a equipe cirúrgica deve ter uma boa compreensão da eletrocirurgia, desde o uso do equipamento até os efeitos que podem ocorrer no paciente. A vigilância por parte dos outros integrantes da equipe operatória contribui para evitar acidentes e a prevenção é a melhor atitude. Atenta-se também para o reconhecimento precoce de lesões e para a vigilância no pós-operatório (WU et al., 2000).

O item B19, relativo à conferência de instrumentais e materiais cirúrgicos, recomenda-se que a contagem do que foi oferecido antes da cirurgia seja realizada por duas pessoas, como o circulante e o instrumentador, ou o cirurgião e o circulante. Caso a contagem seja interrompida, deve ser retomada do início (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Recomenda-se que a contagem dos perfurocortantes seja executada na abertura da embalagem pelo circulante da sala, com subsequente conferência pelo instrumentador e posterior anotação em impresso próprio. Adições no período intraoperatório devem ser anotadas, assim como nova conferência deve ser realizada antes da síntese e repetida após o fechamento da cavidade. Da mesma forma, deve-se proceder à contagem das compressas, mas estas devem possuir recipientes próprios, de fácil visualização para o desprezo quando forem retiradas do campo estéril (FREITAS P, 2014).

Com relação à realização da terapia antimicrobiana 1 hora antes da cesárea descrita no item B20, os achados revelaram a não importância dada às evidências mais atuais sobre a temática. As evidências mostram que o risco de desenvolver infecção é uma vez e meia maior após um parto cesáreo do que após um parto transvaginal. A infecção de sítio cirúrgico pós-cesárea corresponde a segunda maior causa de infecção relacionada à assistência à saúde e uma das principais complicações no período pós-parto. As pesquisas apontam para a proposição de medidas que busquem a prevenção de infecções, por meio da normatização e protocolos de condutas, incluindo o uso correto de antibióticos (PETTER et al., 2013).

Em revisão sistemática conduzida por Martins e Silva (2006), apontou-se a existência de benefício importante da antibioticoprofilaxia na prevenção da endometrite e infecções de sítio cirúrgico em cesáreas, com eficácia de 65% para ambos os desfechos, comprovando-se redução substancial da morbimortalidade relacionada às infecções pós-cirúrgicas.

Tendo em vista as evidências disponíveis, a não instituição correta da terapêutica pode interferir no controle de infecções. Portanto, o condutor do *checklist* perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O responsável pela administração, em geral o anestesiolegista, confirma verbalmente. Caso tenha sido administrada há mais de 1 hora, a equipe deve refazer a dose e nas situações em que o cliente estiver em terapia com antibióticos, este item passa a ser irrelevante (GRIGOLETO et al., 2011; BRASIL, 2013a).

Para Gimenes et al. (2010), aventa-se que muitos pacientes não recebem as doses apropriadas dos medicamentos, o que compromete a qualidade do cuidado prestado, além de prolongar o tempo de hospitalização. Ainda, as doses inadequadas podem causar efeitos indesejáveis e até mesmo o óbito. Percebe-se que muitas prescrições não atendem as normas vigentes no país, no que diz respeito à completude e à clareza das informações. Além disso, a ausência de protocolo na prescrição medicamentosa pode favorecer o não alcance das metas farmacoterapêuticas estabelecidas.

Diversos estudos têm revelado uma redução significativa nas infecções do sítio cirúrgico, quando os antimicrobianos são usados no pré-operatório e, em todas as cesáreas, demonstrou-se que a administração endovenosa antes da indução anestésica alcança melhores níveis séricos e teciduais, tanto no começo quanto no final da operação (BRASIL, 2009a; PETTER et al., 2013; CHESTNUT et al., 2014).

Sobre o item C21, que versa sobre a conferência das pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido, Tiwari et al. (2013) relatam que os hospitais públicos dos países em desenvolvimento geralmente são superlotados e, portanto, mais propensos à ocorrência de sequestros e erros na identificação de recém-nascidos. Reforçam também que mesmo em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, esses incidentes são uma das principais preocupações. Todos os anos, pelo menos 1.000 recém-nascidos nos Estados Unidos são trocados por engano e enviados para casa com os pais errados.

Como corroboram Avelar et al. (2010), a identificação incorreta da mãe e do neonato no parto pode acarretar em graves consequências para o paciente, como, por exemplo, entrega de bebês às famílias erradas, traumas emocionais diversos e encargos legais.

No Brasil, de acordo com o artigo 4º da Lei 2.827, de 26 de novembro de 2001, é obrigatório, em todos os estabelecimentos de saúde, ainda na sala de parto, que seja realizada a identificação do recém-nascido e de sua mãe com pulseira específica (BRASIL, 2001b).

O uso da pulseira de identificação do parto para a genitora e seu recém-nascido reforça a segurança do paciente e previne os transtornos decorrentes do não uso ou do uso inapropriado. Somam-se as atuais estratégias de segurança à adesão de alguns serviços às últimas tecnologias existentes. Como, por exemplo, estudo conduzido por Alhasan e Hassan (2014) revela que a aplicabilidade da tecnologia exhibe uma solução revolucionária para prevenir sequestros e/ou troca de recém-nascidos em hospitais. Utilizando-se a tecnologia de identificação por radiofrequência nas pulseiras, esta fornece e mantém a localização e o monitoramento contínuo da genitora e do neonato, onde quer que estejam.

O NHS (2008) recomenda a verificação das pulseiras da mãe e o do neonato antes de aplicá-las e reforça a necessidade de verificação diária do estado da pulseira e monitoramento por um membro da equipe de saúde. Caso se desprenda, uma nova pulseira deve ser recolocada e, em caso de perda de ambas as pulseiras, recomenda-se preencher um formulário de incidentes para futuro monitoramento e prevenção.

É importante relatar que as finalidades e os momentos em que são utilizadas todas as pulseiras referidas aqui neste estudo não devem se desviar de seus reais intentos. Como já referido anteriormente, a gestante recebe três pulseiras, a saber: a da classificação de risco, em seguida, a pulseira de identificação do paciente e, por fim, em caso de desfecho da gestação, as pulseiras da genitora e recém-nascido (BRASIL, 2001b; 2009a; 2009c).

Com relação ao cumprimento do item C22, sobre a confirmação verbal do procedimento cirúrgico realizado, este é de extrema importância, pois como relatam Brasil (2009a) e Grigoletto et al. (2011), a enfermeira declara verbalmente, com o cirurgião e com a equipe, o nome do procedimento cirúrgico realizado. Tendo em vista a possibilidade da ocorrência de mudanças, extensão ou adição de outros procedimentos não previstos, é essencial a confirmação final da cirurgia efetuada.

O coordenador da lista de verificação deve confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi concretizado. Para tal, pode-se conduzir a pergunta: Qual a cirurgia feita? Ou, ainda, uma afirmação seguida de um questionamento: Realizamos o procedimento “X”, certo? (WHO, 2009a). Tal conduta simples previne falhas na comunicação, dúvidas e ansiedades, principalmente quando ocorre eventualmente a realização de outro procedimento não previsto, como no caso de procedimentos adicionais, como revelaram os achados dessa pesquisa.

Referente ao item C23, nesta última etapa, repete-se a contagem de compressas, instrumentais e perfurocortantes após o término da cesárea. De acordo com WHO (2009a), a conferência deve ser realizada em todos os procedimentos cirúrgicos, nos quais esses materiais possam ficar retidos na cavidade do corpo do paciente. Para prevenção da retenção desses itens, é essencial a comunicação clara entre os membros da equipe cirúrgica, tarefa comumente delegada à equipe de enfermagem, porém cabe ressaltar que há uma corresponsabilidade com todos os envolvidos no processo perioperatório.

A prática é fundamental para assegurar que danos graves ao paciente não aconteçam, como reintera, Egorova et al., (2008), a segurança cirúrgica exige dos profissionais que a contagem de compressas, instrumental cirúrgico e perfurocortantes seja realizada antes e após o término da cirurgia. Tal prática é considerada padrão e, portanto, mandatória pela *Association of Perioperative Registered Nurse* (AORN, 2013).

A maioria dos eventos relacionados à retenção de materiais cirúrgicos é notificada após intervenções abdominais. Esses incidentes iatrogênicos estão ligados a um maior risco de morbidade e mortalidade e, por consequência, podem levar a processos litigiosos contra os profissionais médicos e prejuízos para o serviço de saúde, com a elevação dos encargos financeiros (AL-QURAYSHI et al., 2015).

Na pesquisa desenvolvida para detectar EAs no período perioperatório, os achados revelaram que os três tipos mais comuns de incidentes relatados foram contagens incorretas de materiais e instrumentais cirúrgicos, mau funcionamento do equipamento e erros de medicação, sendo que a contagem incorreta de compressas ou a não realização da contagem foram responsáveis por 25% de todos os incidentes relatados (CHAPPY, 2006).

Uma percentual de 60% dos enfermeiros considerou a retenção de materiais cirúrgicos como uma questão de segurança do paciente de alta prioridade no perioperatório. Também referiram outras prioridades, como falhas nos dispositivos cirúrgicos, erros na identificação de espécime, hipotermia perioperatória, queimaduras de bisturi elétrico e as emergências de intubação em via aérea difícil (STEELMAN et al., 2013).

Acerca do item C24, verificou-se que existiram apenas duas amostras adequadamente conduzidas provenientes de duas cesáreas, como já relatado nos resultados, o que limitou uma análise mais aprofundada desse item do *checklist*.

Os EAs decorrentes da não identificação ou dos erros de identificação dos espécimes no rótulo podem incorrer em trocas de análise e falhas de diagnósticos, ou ainda podem não ter sua análise realizada por acondicionamento incorreto. É necessária, portanto, a armazenagem adequada da amostra com a identificação correta do nome paciente no rótulo e

no impresso, para solicitação da análise patológica, na tentativa de impedir erros laboratoriais (BRASIL, 2009a).

Os achados científicos analisados por Amaya et al. (2015), em relação à segurança e à identificação dos espécimes cirúrgicos pela equipe, destacaram que 27,6% das amostras não são identificadas, os quais poderiam facilmente incorrer em erro de diagnóstico e atrasos no tratamento.

Outro resultado que exibiu uma análise de 21.351 espécimes cirúrgicos, foram encontradas 91 peças com erros de identificação. Dentre os erros detectados, verificaram-se amostras não rotuladas, recipientes vazios, localidade incorreta da amostra, paciente incorreto, erros no nome de pacientes e erros de identificação. Todas foram amostras oriundas de procedimentos realizados no ambulatório e no hospital. Além disso, 59,3% dos erros foram associados com um procedimento de biópsia (MAKARY et al., 2007).

O uso de um sistema de requisição de exames e identificação de amostras contribui para a redução dos erros, EAs e danos aos pacientes. Intervenções orientadas por processos são eficazes e de baixo custo para prevenir e diminuir os incidentes de manipulação de espécimes cirúrgicos (KIM et al., 2013).

Para Makary et al. (2007), erros de identificação de peças cirúrgicas são comuns e infligem riscos importantes para todos os pacientes. Dada a frequência com que estes eventos ocorrem e seu efeito devastador sobre os pacientes, a taxa de erros de identificação de espécimes cirúrgicos pode ser uma medida relevante de segurança do paciente. Por sua vez, estratégias para reduzir a taxa desses erros devem ser prioridades de investigação.

Um estudo realizado por Francis et al. (2009) ressalta que o uso da tecnologia pode auxiliar na prevenção de erros, mas não dispensa a confirmação dos dados corretos dos pacientes por dois prestadores de cuidados de saúde, minimizando significativamente os erros na rotulagem dos espécimes.

A elaboração de protocolos, aliada à educação continuada para toda a equipe, é primordial, pois, embora não tenham ocorrido erros de armazenagem, etiquetagem e solicitação das análises anatomopatológicas nas duas amostras identificadas neste estudo, isto não significa que incidentes dessa natureza não possam sobrevir ao serviço. Sem uma normativa explícita para tal propósito, aventa-se a possibilidade de incidentes posteriores.

Ao término da cesárea, na maioria das vezes, a equipe identificou e reportou equipamentos defeituosos, referentes ao item C25. Recomenda-se que antes de a paciente deixar a sala operatória, sejam realizadas a conferência e a descrição de algum problema de funcionamento relativo a equipamentos. Essa ação evita que tais dispositivos não sejam

utilizados na próxima cirurgia, impedindo futuros problemas (WHO, 2009a; MONTEIRO e SILVA, 2013).

No tocante ao item C26, se a equipe cirúrgica revisou adequadamente as preocupações essenciais para a recuperação e o manejo da paciente no pós-operatório, de acordo com a OMS (2009a) e Monteiro e Silva (2013), esta etapa corresponde ao término da cirurgia, quando o cirurgião avisa a paciente que o procedimento acabou. Neste período, espera-se que o cirurgião e/ou anestesista forneça informações ou orientações adicionais para a paciente e equipe de enfermagem, para prevenir incidentes no período de recuperação anestésica.

Nesta fase, as mulheres comumente relatam aspectos negativos da recuperação pós-cesárea. Entre os principais, os riscos da cirurgia, as dores e desconfortos no sítio cirúrgico, e as dificuldades na mobilização e retorno a suas atividades durante a recuperação (STRAPASSON e NEDEL, 2010; VELHO et al., 2012).

Portanto, uma assistência fornecida às mulheres no momento do nascimento, com informações sobre os procedimentos realizados e a redução dos níveis de dor para uma satisfatória recuperação pós-operatória, é essencial (VELHO et al., 2014). No entanto, a precária comunicação foi constatada entre a equipe juntamente com posturas identificadas como não seguras. Por vezes, conversas paralelas ocorriam durante as cesáreas, que nada tinham relação com questões de segurança. Considera-se que esta conduta observada colocou em risco o exercício de uma assistência de qualidade.

Para todas as cirurgias, recomenda-se fortemente que o cirurgião, o anesthesiologista e o profissional de enfermagem revisem o plano de recuperação pós-operatória antes da saída do paciente da sala operatória, focando em questões que possam interferir nesta recuperação ou solicitando novos exames se necessário. Preconiza-se que o *checklist* seja finalizado antes do cirurgião e da paciente saírem da sala, para que a transferência desta para a sala de recuperação anestésica, enfermagem ou UTI ocorra sem problemas (WHO, 2009a; BRASIL, 2013a; MONTEIRO e SILVA 2013).

Uma comunicação efetiva e voltada para o momento é requerida pela equipe. Ao final dessa etapa, considera-se que o *checklist* foi completado, e tem-se o documento anexado ao prontuário do paciente.

Corroborando os achados de outras pesquisas, a incipiente comunicação foi fortemente evidenciada nos resultados deste estudo, além da constatação da não apropriação das práticas seguras e da conseqüente não internalização da política nacional de segurança do paciente pelos profissionais de saúde. Em todas as cesáreas, foi notada uma grande dificuldade de

comunicação sobre os aspectos de saúde do paciente no perioperatório entre os membros da equipe do centro obstétrico.

A OMS (2007) afirma que a comunicação é eficaz quando se ofertam informações e orientações entre os provedores de cuidado sobre medicamentos, planos de tratamento, resultados de exames, diagnóstico de alta e transferências entre outras ações. É direito também do paciente e do familiar serem informados e envolvidos nas decisões sobre seus cuidados, fornecer aos doentes a oportunidade de ler o seu próprio registro médico como uma estratégia de segurança e criar oportunidades para os pacientes e familiares resolverem quaisquer questões de assistência médica ou preocupações com os seus prestadores de cuidados de saúde.

Para Pancieri et al. (2013), durante a experiência da aplicação do *checklist*, perceberam-se dificuldade de alguns cirurgiões em compartilhar informações. No entanto, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais percebam a sua importância. Dessa forma, a implementação do *checklist* visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas.

A comunicação é ponto fundamental para manter uma equipe de trabalho atuante, de forma integrada, em prol do paciente, sendo que sua falta pode gerar problemas e insatisfação da equipe. Este fato é preocupante, uma vez que a falta de efetividade na comunicação pode prejudicar a qualidade dos cuidados prestados (LONGARAY et al., 2008).

Os achados de um estudo realizado por Melo e Barbosa (2013), indicaram lacunas importantes na comunicação entre gestores e profissionais assistenciais. As equipes de duas unidades de terapia intensiva apontaram uma série de riscos e recomendações para a promoção da segurança do paciente, enquanto que os gestores divergiram demonstrando dificuldades em identificar os riscos para a segurança do paciente que comumente existem nas situações vivenciadas pelas unidades.

Para Marinho et al. (2014), erros causados por falhas de comunicação podem ser evitados por programas educativos, oferecidos a todos os funcionários da organização a fim de desenvolver habilidades necessárias para promover uma comunicação eficaz. Ressaltam-se a importância do compromisso e o empenho individual de cada profissional em participar dessas capacitações, a fim de melhorar a comunicação e a colaboração entre todos os membros da equipe.

No tocante à adesão ao uso da lista de verificação pelos profissionais, evidências científicas apontam resistência ao uso do *checklist* entre as diferentes categorias profissionais. Em estudo sobre a adesão à lista de verificação, os anestesistas e enfermeiros foram

amplamente favoráveis, mas alguns cirurgiões não estavam entusiasmados em aderir. Em relação ao *feedback* dado pelas equipes cirúrgicas, no geral foi positivo, mas o apoio tendeu a ser maior por parte dos enfermeiros e dos anestesistas, do que dos cirurgiões (TREADWELL et al., 2014). Isso reforça a necessidade da implementação dos protocolos de segurança do paciente como aliados para superação dessas barreiras.

Diante dos resultados obtidos e da discussão apoiada na literatura, verifica-se que existem desafios impostos ao uso da LVSC nos serviços de saúde, ainda que embasados em recomendações internacionais e nacionais, com fundamentos sólidos que norteiem este processo (TOSTES et al., 2016). A aplicação do *checklist* pode incentivar a comunicação e o trabalho em equipe em um ambiente crítico e complexo, como o ambiente cirúrgico (SANTANA et al., 2014).

Pôde-se perceber, nesta pesquisa, a urgência para a introdução de uma efetiva comunicação, por meio de diversas estratégias. Uma delas consiste na adaptação dos protocolos preconizados de acordo com a realidade e características do serviço de saúde objetivando o cumprimento das seis metas internacionais de segurança do paciente, incluindo as diretrizes para melhoria da comunicação (BRASIL, 2012d; 2013c).

Outra intervenção é a realização de capacitações e eventos científicos, por intermédio das ações do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital, em parceria com gestores, supervisores e profissionais assistenciais, por meio da promoção de práticas seguras nos serviços de saúde, não se esquecendo do envolvimento dos pacientes e dos acompanhantes nesse processo, pois são elos fortalecedores da segurança na assistência.

A adaptação do *checklist* de segurança cirúrgica da OMS para a cesárea proposta neste estudo é um passo fundamental, por ser extremamente simples e eficaz. O uso de *checklists* e protocolos na atenção obstétrica tem provado seu valor na melhoria da comunicação, além de reduzir incidentes e EAs na atenção obstétrica, pois todas as ações que promoveram a segurança da gestante na cesárea visaram estabelecer normas, protocolos e programas que conscientizassem os profissionais da importância de se construir uma cultura de segurança (BOECKMANN e RODRIGUES, 2015).

Desse modo, como relatam Tostes et al. (2016), um ponto fundamental é conhecer os aspectos da micropolítica institucional, para assim poder influenciar a equipe para o uso do *checklist* de segurança cirúrgica. Conhecer elementos especiais do processo de trabalho e da gestão institucional vem colaborar para o planejamento adequado e para criação de mecanismos que garantam o sucesso da implantação, bem como a mudança sustentável em prol da segurança e da qualidade da assistência cirúrgica.

Faz-se necessário o reconhecimento dos profissionais atuantes no ambiente cirúrgico como sujeitos do processo de produção do cuidado perioperatório, para o sucesso de estratégias que modifiquem o processo de trabalho e afetem o saber fazer dos profissionais da saúde (TOSTES et al, 2016).

A redução dos riscos e dos danos, e a incorporação de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados de enfermagem e seu gerenciamento de modo seguro. Esta melhoria depende da necessária mudança de cultura dos profissionais voltada para a segurança, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesse sentido, o enfermeiro, como líder da unidade, pode adotar essa ferramenta que trará benefícios para os profissionais e pacientes, além de encorajar a participação de todos nessa iniciativa (BOECKMANN e RODRIGUES, 2015).

5.3.3 Indicadores de conformidade das dimensões

Para esta seção foram calculados os indicadores de conformidade com referência às dimensões “A”, “B” e “C”, e um indicador total “T” para o instrumento como um todo. Desse modo, foi realizado o cálculo para cada instrumento em separado, ou seja, para cada uma das cesáreas. Para os 220 *checklists*, foram encontrados 220 indicadores de conformidade. A partir daí a média dos indicadores de cada dimensão foi estabelecida, bem como do instrumento.

As médias dos indicadores da dimensão A foi de 0,45; do indicador B, de 0,17; e do indicador C, de 0,51. O indicador T foi de 0,36 juntamente com outros parâmetros analisados, conforme apresentado na tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição dos indicadores de conformidade. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Medidas	Ind.A	Ind.B	Ind.C	Ind.T
Média	0,45	0,17	0,51	0,36
DP	0,09	0,07	0,07	0,05
Mínimo	0,27	0,00	0,33	0,23
1º quartil	0,36	0,11	0,50	0,35
Mediana	0,45	0,22	0,50	0,35
3º quartil	0,45	0,22	0,50	0,38
Máximo	0,73	0,44	0,67	0,58
IC inferior	0,44	0,16	0,50	0,36
IC superior	0,46	0,18	0,52	0,37

Fonte: O Autor (2015).

Legenda: Ind.A, B, C e T: indicadores das dimensões “A”; “B”; “C” e total. DP: desvio padrão. IC: intervalo de confiança.

Nota-se que não houve variação com relação à mediana e o terceiro quartil nos três indicadores. O primeiro quartil refere-se aos primeiros 25% dos indicadores, e o terceiro quartil, aos 75% dos indicadores encontrados.

Considerando-se os indicadores criados, elaborou-se uma matriz de correlação entre eles. Apresentaram-se também pequenas flutuações entre o primeiro e o terceiro quartil, em relação ao indicador total, o que significa que as similaridades dos indicadores são resultantes do comportamento homogêneo entre as equipes cirúrgicas, ou seja, os profissionais conduziam suas ações relacionadas a cada item do *checklist* de forma bem semelhante.

Na tabela 22, tem-se a matriz de correlação de Spearman entre os indicadores e, na tabela 23, os valores de p relacionados ao teste sobre a existência de correlação, ou seja, a probabilidade de ocorrer a hipótese nula, sendo esta a não existência de correlação entre os indicadores. Para fins de comparação estes valores p são comparados com o erro de 5%.

Tabela 22 - Matrix de correlação entre os indicadores.
Brasília, DF, Brasil, 2015.

Matrix	Ind.a	Ind.b	Ind.c
Ind.a	-	0,087	-0,028
Ind.b	0,087	-	0,195
Ind.c	-0,028	0,195	-

Fonte: O Autor (2015).

Legenda: ind.a, b, c e d: indicadores de conformidade por cirurgia realizada “a”; “b”; “c” e indicador total.

Tabela 23 - Valores de p correspondentes da matrix de correlação entre os indicadores. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Matrix	Ind.A	Ind.B	Ind.C
Ind.A	-	0,200	0,678
Ind.B	0,200	-	0,004
Ind.C	0,678	0,004	-

Fonte: O Autor (2015).

Legenda: Ind.A, B, C e D: indicadores de conformidade por cirurgia realizada “A”; “B”; “C” e indicador total.

No caso dos indicadores, a correlação foi realizada entre os três indicadores dois a dois: A com B, A com C, e B com C. A partir dos valores de p, conclui-se que existe correlação significativa somente entre as dimensões B e C, apesar do baixo valor de correlação (0,195). Assim, quanto mais conforme foram os resultados dos itens da dimensão B, mais conformes foram os da dimensão C. Na figura 5 apresentam-se a distribuição dos indicadores de conformidade.

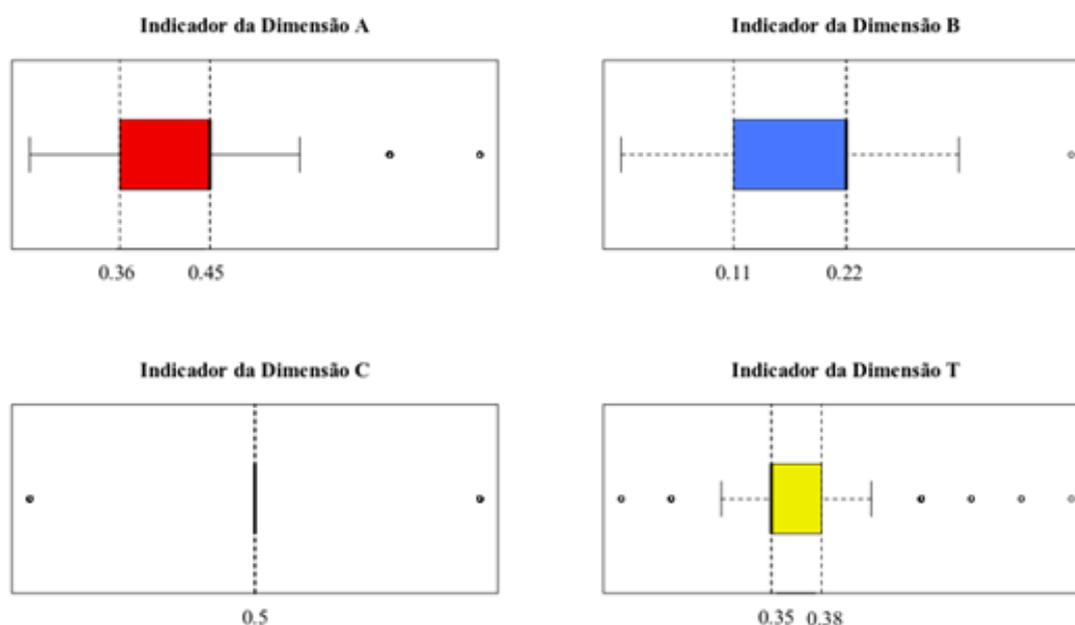


Figura 5 - *Blox Plot* da distribuição dos indicadores de conformidade. Brasília, DF, Brasil, 2015.
Fonte: O Autor (2015).

Para os gráficos dos indicadores das conformidades, detectou-se que os valores da mediana se confundem com os valores ou do primeiro ou do terceiro quartis, ou em ambos, como no caso da dimensão C. Nos quatros casos, encontram-se exceções da concentração de dados. Os asteriscos significam estas exceções, também chamadas *outliers*. A distribuição dos indicadores da dimensão C é mais simétrica, aparecendo uma linha no lugar da caixa, enquanto as outras demonstram uma quantidade de valores abaixo de 0,5 (ou 50%) de conformidade, representadas pelas linhas mais escuras, o que demonstra que as cirurgias, de forma geral, ocorreram com menos acertos nas dimensões A e B.

A partir dos indicadores de conformidade, foi possível também relacionar os dias da semana e períodos do dia com o comportamento da equipe cirúrgica, no que se refere à adesão dos itens em conformidade. A coleta de dados ocorreu em todos os dias da semana, com maior proporção para os dias úteis, comparando-os com os dias de final de semana, de acordo com dados da tabela 24.

Tabela 24 - Distribuição de cesáreas assistidas por dia da semana. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Dia da semana	N	%	Acumulativa
Domingo	25	11,4	11,4
Segunda-feira	40	18,2	29,5
Terça-feira	42	19,1	48,6
Quarta-feira	19	8,6	57,3
Quinta-feira	35	15,9	73,2
Sexta-feira	41	18,6	91,8
Sábado	18	8,2	100,0
Total	220	100%	-

Fonte: O Autor (2015).

Para a variável período do dia, constatou-se que as cesáreas pesquisadas ocorreram nos três turnos de trabalho dos profissionais, correspondentes ao matutino, ao vespertino e ao noturno, predominando os turnos matutino e vespertino, conforme tabelas 25 e 26.

Tabela 25 - Distribuição de cesáreas assistidas por período do dia. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Período dos dias	N	%
Matutino	84	38,2
Vespertino	84	38,2
Noturno	52	23,6
Total	220	100,0

Fonte: O Autor (2015).

Tabela 26 - Número de cesáreas assistidas relacionando o dia da semana com os períodos do dia. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Cesáreas	Manhã	Tarde	Noite	Total
Domingo	13	6	6	25
Segunda-feira	18	10	12	40
Terça-feira	15	20	7	42
Quarta-feira	3	7	9	19
Quinta-feira	11	15	9	35
Sexta-feira	18	21	2	41
Sábado	6	5	7	18
Total	84	84	52	220

Fonte: O Autor (2015).

Para análise das variáveis: dia da semana e períodos do dia, utilizou-se o teste estatístico ANOVA (análise de variância), que consistiu, neste caso, na realização de comparação e verificação de diferenças entre os dias da semana e períodos do dia, com relação aos indicadores de conformidade das dimensões A, B e C e, em seguida, foi empregado o teste Tukey (Tabelas 27 e 28).

Tabela 27 - Análise de variância entre os indicadores e dias da semana. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Indicadores	Estatística de teste	Valor de p
A	3,043	0,007
B	0,569	0,754
C	0,997	0,428
T	1,405	0,214

Fonte: O Autor (2015).

Tabela 28 - Teste Tukey para comparar os dias da semana com o desempenho da equipe cirúrgica a partir do indicador A. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Dia da semana	Diferença	Limite inferior do IC	Limite superior do IC	Valor de p
2- Segunda/1- Domingo	-0,024	-0,093	0,045	0,943
3- Terça/1- Domingo	-0,061	-0,129	0,007	0,114
4- Quarta/1- Domingo	-0,065	-0,147	0,017	0,223
5- Quinta/1- Domingo	-0,030	-0,100	0,041	0,874
6- Sexta/1- Domingo	0,009	-0,059	0,078	1,000
7- Sábado/1- Domingo	-0,037	-0,120	0,046	0,841
3- Terça/2- Segunda	-0,037	-0,096	0,023	0,526
4- Quarta/2- Segunda	-0,041	-0,116	0,034	0,671
5- Quinta/2- Segunda	-0,006	-0,068	0,057	1,000
6- Sexta/2- Segunda	0,033	-0,027	0,093	0,646
7- Sábado/2- Segunda	-0,013	-0,089	0,064	0,999
4- Quarta/3- Terça	-0,004	-0,079	0,070	1,000
5- Quinta/3- Terça	0,031	-0,030	0,093	0,742
6- Sexta/3- Terça	<u>0,070</u>	0,011	0,129	<u>0,009</u>
7- Sábado/3- Terça	0,024	-0,052	0,100	0,967
5- Quinta/4- Quarta	0,035	-0,041	0,112	0,818
6- Sexta/4- Quarta	0,074	-0,001	0,149	0,054
7- Sábado/4- Quarta	0,028	-0,061	0,117	0,966
6- Sexta/5- Quinta	0,039	-0,023	0,101	0,506
7- Sábado/5- Quinta	-0,007	-0,085	0,071	1,000
7- Sábado/6- Sexta	-0,046	-0,122	0,030	0,546

Fonte: O Autor (2015).

Legenda: IC: Intervalo de confiança.

De acordo os valores de p, existem diferenças significativas no que se refere ao desempenho da equipe cirúrgica comparando-se com os dias da semana. Porém, tais diferenças significativas só foram encontradas com relação ao indicador de conformidade da dimensão A, ao contrário das dimensões B e C, que se mantiveram sem diferenças importantes. Isso significa que a equipe cirúrgica apresentou mais itens em conformidade em todas as sextas-feiras, em relação a todas as terças, considerando os itens da dimensão A.

Nota-se diferença entre os pares: sexta-feira e terça-feira com um p-valor de 0,009 indicando que há rejeição da hipótese nula, considerando o erro de 5%, o que significa que as cirurgias que ocorreram nas sextas-feiras mostram-se um pouco mais dentro da conformidade do que as cirurgias realizadas nas terças-feiras, já que a diferença foi positiva de 0,07.

Pondera-se que este fato tenha ocorrido em virtude de existir uma equipe cirúrgica nas sextas-feiras diferente da equipe cirúrgica que trabalha nas terças-feiras. No entanto, um estudo futuro e mais aprofundado, poderia inferir mais precisão ao resultado verificado.

Da mesma forma, utilizou-se a ANOVA para verificar se existem diferenças dos períodos do dia com os indicadores de conformidade (Tabelas 29, 30 e 31).

Tabela 29 - Análise de variância entre os indicadores e períodos do dia. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Indicadores	Estatística de teste	Valor de p
A	4,408	<u>0,013</u>
B	1,572	0,210
C	1,058	0,349
T	4,137	<u>0,017</u>

Fonte: O Autor (2015).

Tabela 30 - Teste Tukey de comparação entre os períodos do dia e o indicador A. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Períodos do dia	Diferença	Limite inferior do IC	Limite superior do IC	Valor de p
2- Tarde/1- Manhã	0,019	-0,014	0,053	0,354
3- Noite/1- Manhã	-0,028	-0,067	0,010	0,185
3- Noite/2- Tarde	<u>-0,048</u>	-0,086	-0,010	<u>0,009</u>

Fonte: O Autor (2015).

Legenda: IC: intervalo de confiança.

Tabela 31 - Teste Tukey de comparação entre o período do dia e o indicador T. Brasília, DF, Brasil, 2015.

Períodos do dia	Diferença	Limite inferior do IC	Limite superior do IC	Valor de p
2- Tarde/1- Manhã	0,012	-0,007	0,032	0,288
3- Noite/1- Manhã	-0,014	-0,037	0,008	0,273
3- Noite/2- Tarde	<u>-0,027</u>	-0,049	-0,005	<u>0,013</u>

Fonte: O Autor (2015).

Legenda: IC: intervalo de confiança.

Para os períodos do dia, houve diferença significativa somente nos indicadores A e T, respectivamente as diferenças negativas de - 0,048 e - 0,027. Foi realizado o teste Tukey, apenas para esses dois indicadores. Para os outros indicadores, não houve diferença significativa entre os períodos.

Portanto, pode-se concluir pelos valores p; 0,009 e 0,013; para respectivamente os indicadores A e T, que há rejeição da hipótese nula. Detectou-se diferença comparando-se todos os períodos do dia (manhã, tarde e noite) pelos indicadores de conformidade das duas dimensões A e T.

No entanto, a diferença foi notada somente entre tardes e noites, ou seja, as cesáreas que ocorreram à noite mostram-se um pouco menos dentro da conformidade do que aquelas realizadas na parte da tarde, já que as diferenças foram negativas e significativas. Como a tabela do teste Tukey mostra a diferença entre os grupos, foi possível inferir que o período da manhã não foi diferenciador para tal análise.

Com relação aos dados apresentados, por não terem sido encontrados estudos com achados semelhantes, a discussão apoiou-se na metodologia empregada. Assim, é importante destacar que a correlação de Spearman utilizada varia entre -1 e 1. Quando esta se aproxima de zero, a correlação é tida como fraca e quando é próxima de 1 ou -1, a correlação torna-se mais forte, mudando o sentido desta ao se aproximar de -1. Tal correlação não paramétrica avalia a relação entre duas variáveis classificando-a de forma positiva (direta) ou negativa (inversa), ou seja, quando o coeficiente é positivo, enquanto os valores da variável aumentam, os valores da outra variável também aumentam, mas quando o coeficiente é negativo, ocorre o contrário e vice-versa (SAMPHERE et al, 2012; BUSSAB e MORETTIN, 2013).

Com relação ao valor de p, também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância, trata-se da probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula. Um valor de p pequeno significa que a probabilidade de se obter um valor da estatística de teste como o observado é muito improvável, levando, assim à rejeição da hipótese nula (BUSSAB e MORETTIN, 2013).

Para os indicadores de conformidade, os *box plot* foram os gráficos escolhidos que melhor poderiam representá-los. Estes demonstram e distribuem valores que transmitem uma ideia de posição, dispersão e assimetria dos dados analisados. Os denominados *outliers* são os asteriscos que representam os valores diferentes dos demais, ou seja, os mais discrepantes nos achados (BUSSAB e MORETTIN, 2013).

Para relações estabelecidas entre os dias da semana e períodos do dia, é sabido que, para todo procedimento com comparação de médias, são exigidos cálculos de ANOVA. São possíveis três comparações de médias obtidas duas a duas, por exemplo, A com B, A com C e B com C. Terminada a análise de variância, é preciso escolher o teste para comparar as médias. Neste caso, pode-se escolher o teste Tukey. Para proceder ao teste, costuma-se primeiro calcular a diferença mínima que deve haver entre duas médias, para que elas possam ser consideradas diferentes (VIEIRA, 2006).

De acordo com Bussab e Morettin (2013), o teste de Tukey é um procedimento de comparação múltipla passo a passo, utilizado quando a ANOVA indica que existe diferença

importante, ou seja, como foi realizada uma ANOVA para cada indicador, tem-se um teste Tukey para o indicador, cuja diferença fora significativa.

Tal metodologia de teste utilizada permite inferir que as diferenças encontradas quanto ao comportamento das equipes cirúrgicas relacionadas com a análise de tais variáveis podem sugerir que a ausência de protocolo e *checklist* de segurança cirúrgica no setor estudado possa ser um fator colaborador que embasem os comportamentos dos profissionais de saúde.

6. CONCLUSÕES

Promover a segurança cirúrgica na cesárea implica em obter como resultado a qualidade da assistência à saúde materna. Os estudos demonstram que todas as ações que envolvem a segurança da paciente na cesárea visam estabelecer normas, protocolos e programas que conscientizem os profissionais de saúde sobre a importância de se construir uma cultura de segurança. Tais protocolos podem vir no formato de *checklists* de segurança cirúrgica, adaptadas às peculiaridades da área obstétrica em diferentes cenários.

A partir da revisão integrativa da literatura realizada, foi possível conhecer e analisar as publicações que versam sobre a aplicação de programas, protocolos e *checklists* de segurança cirúrgica, que indicaram mudanças significativas na área de comunicação entre os profissionais, diante das condutas preconizadas, resultando na redução de incidentes na atenção obstétrica. Contudo, a revisão integrativa também permitiu evidenciar escassa produção sobre o assunto, revelando-se, ainda, incipiente quanto aos níveis de evidências mais rigorosos e, sobretudo, a ausência de pesquisas conduzidas por enfermeiros. Nesse sentido, é imprescindível que os enfermeiros, como líderes e condutores da equipe de enfermagem, contribuam de forma mais significativa para a condução de mais estudos sobre a temática.

Referente ao estudo metodológico empregado para adaptar e validar o instrumento de pesquisa em formato de *checklist* para a cesárea segura constatou-se que este seguiu o rigor metodológico apropriado, comprovando ser válido e confiável para ser utilizado nos serviços de saúde do país. Este objetivo foi alcançado, ao contemplar com clareza, precisão e simplicidade, as principais necessidades previstas em um *checklist* para a cesárea.

O estudo metodológico mostrou-se relevante pelas implicações para a assistência da equipe cirúrgica e, sobretudo, para a enfermagem, visto que o instrumento adaptado e validado demonstrou medir o que se propôs investigar. Como revelaram alguns estudos, o uso do *checklist* adaptado em outros países constituiu-se ferramenta indispensável para promoção de uma assistência de qualidade e avaliação contínua da segurança da gestante na cesárea. Espera-se que este instrumento adaptado e validado possa exibir resultados positivos futuros após a implantação de um programa de treinamento para a unidade pesquisada, podendo sua utilidade prática estender-se a outros serviços de saúde semelhantes no Brasil.

Com relação à aplicação do *checklist* adaptado e validado, os resultados revelaram uma assistência precária e limitada na assistência obstétrica. Verificaram-se condutas que punham em risco a segurança das pacientes.

Dessa forma, as recomendações da OMS e de outros órgãos nacionais e internacionais sobre segurança cirúrgica não se efetivaram por diversas razões, como o fato de que as ações dos profissionais apenas refletem um problema institucional, com um sistema não voltado para a segurança, sem programa de educação permanente para a unidade estudada. A ausência de uma conduta unificada apontou a fragilidade do sistema de saúde e a necessidade de mudanças significativas.

Percebeu-se a equipe voltada para a produtividade, em detrimento da segurança e qualidade dos serviços ofertados. Somam-se aos desafios a ausência de normativas institucionais que guiam os profissionais por condutas seguras, retratando a cultura do individualismo em detrimento do coletivismo. No tocante aos profissionais, os resultados destacaram a incipiente habilidade em se comunicar. O déficit na comunicação implicou em riscos reais aos pacientes assistidos e na ocorrência de potenciais EAs.

Foi constatada uma insatisfatória interação entre os profissionais da equipe cirúrgica e entre profissionais-pacientes. Detectaram-se, também, gestantes inseguras e não conhecedoras de seus direitos enquanto usuárias do sistema de saúde, em virtude da incipiente orientação fornecida.

Somam-se recursos humanos escassos, como a ausência de um instrumentador notada em todos os procedimentos. Também foi sentida a ausência do enfermeiro na maioria das cesáreas, o que, sem dúvida, revelou uma fragilidade no processo de trabalho não somente da equipe de enfermagem, mas da equipe cirúrgica como um todo, tendo em vista a importância e a visibilidade que o enfermeiro possui como um líder essencial dentro da equipe cirúrgica.

Cabe destacar que os recursos materiais e tecnológicos estavam sempre disponíveis embora desorganizados e inadequados quanto à manutenção e ao armazenamento dos mesmos.

Não houve incidentes com danos às pacientes, porém um *near miss* foi interceptado antes de atingir a paciente. Cesáreas com indicações duvidosas também foram detectadas, embora não fosse objetivo deste estudo. Elevadas taxas de cesáreas observadas, aliadas à falta de protocolos, que contemplem um passo a passo de uma assistência segura, sugerem uma atmosfera propícia não somente a incidentes, mas também contribuem para a manutenção de taxa de cesárea elevada no serviço, o que engendra gastos desnecessários ao SUS.

Percebe-se que ainda há um longo caminho a percorrer para implantar os protocolos e *checklists* que contemplam as metas internacionais de segurança do paciente. Sabe-se que as políticas públicas de saúde possuem caráter de elaboração, aplicação, implementação e avaliação, o que requer contínua e incessante monitorização.

Pelos resultados obtidos na pesquisa, identificou-se a necessidade de ampliar, avaliar e implementar ações que direcionem a equipe a praticar uma assistência médica e de enfermagem seguras. Além disso, investir na capacitação profissional é uma das ações prioritárias, que deve ser incentivada para qualificar a assistência obstétrica no serviço estudado e promover definitivamente a mudança de uma cultura institucional não condizente com a política de segurança proposta.

Todavia, é importante que se tenha o entendimento de que tal qualificação deve ser estendida a todos os profissionais da área. Talvez, a determinação em prol da qualificação de todos no âmbito da segurança do paciente venha traçar novos rumos e quebrar paradigmas, transformando as práticas dos profissionais envolvidos, como também melhorando a relação profissional-profissional e profissional-paciente e, nesse cenário, sobretudo a promoção da cesárea segura.

Nesse pensamento, as universidades também cumprem um papel social e político importante a favor das políticas de saúde, contribuindo com pesquisas sobre o tema e formando profissionais preparados para lidar com as necessidades da coletividade e com os novos papéis que buscamos definir para os indivíduos em nossa sociedade.

Portanto, os benefícios decorrentes dos resultados demonstrados envolveram a adaptação e a validação científica de um instrumento pautado nos itens da LVSC da OMS, que pode ser utilizada no serviço e na unidade estudada, e servir de melhoria para a implantação da cultura de segurança. Adicionalmente, o diagnóstico descritivo da conformidade e não conformidade proporcionada pela aplicação do *checklist* permitiu apontar dados profícuos que justifique uma intervenção assertiva de forma a qualificar a assistência à cesárea dentro do centro obstétrico.

As limitações desta pesquisa se deram em virtude desta investigação ter sido realizada em apenas um centro obstétrico público do Distrito Federal e não ter sido possível realizar uma investigação do tipo antes e depois utilizando a lista de verificação adaptada e validada. Recomenda-se a realização de outros estudos que revelem possíveis mudanças após a inserção da lista de verificação no serviço por meio de capacitação/treinamento de toda a equipe cirúrgica do centro obstétrico, possibilitando assim, obter comparações de resultados que revelem possíveis melhorias para a segurança da paciente na cesárea pós-intervenção com o uso do *checklist*.

Assim, as implicações dos resultados deste estudo para a prática assistencial em obstetrícia conduzem a reflexões quanto ao direcionamento da gestão dos sistemas e serviços de saúde, e podem contribuir para a introdução do *checklist* de segurança cirúrgica na cesárea

como uma ferramenta de tecnologia na gestão do processo de cuidar que promova o benefício almejado para a equipe multiprofissional e para usuárias do sistema de saúde.

A contribuição deste estudo foi positiva para a área cirúrgica, para a área obstétrica no que se refere à operação cesariana e, sobretudo, para a enfermagem, uma vez que não foram encontrados estudos sobre segurança cirúrgica na cesárea realizada por enfermeiros no Brasil no período delimitado e nas bases de dados pesquisadas.

Dessa forma, os seguintes pontos fortes são apontados: a pesquisa é inédita e conduzida pela pesquisadora que foi a condutora da lista de verificação, a utilização da técnica da observação não participante permitiu que a pesquisadora pudesse observar toda a dinâmica da equipe cirúrgica sem se envolver na assistência de saúde. Ressalta-se, também, a disponibilização para o serviço estudado da lista de verificação adaptada e validada, bem como a sua inserção no protocolo de segurança cirúrgica desenvolvido pelo Núcleo de Segurança do Paciente do hospital onde foi desenvolvido o estudo.

Os resultados deste estudo podem colaborar com a melhoria das ações de saúde e promover a adesão à cultura de segurança cirúrgica na cesárea para todos os envolvidos, especialmente nesse momento de transformação do SUS, tendo em vista o movimento mundial para a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Para tal, é preciso que os princípios fundamentais que orientam a Política Nacional de Segurança do Paciente saiam do texto e invadam o cenário dos hospitais e das maternidades. Somente assim, nesse campo, será possível estabelecer uma nova cultura para a segurança da paciente na cesárea.

REFERÊNCIAS

ABDEL-REHIM, S.; MORRITT, A.; PERKS, G. WHO Surgical Checklist and Its Practical Application in Plastic Surgery. **Plastic Surgery International**. V: (2011), ID 579579. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/579579>. Acesso em: 20 set. 2015.

AFONSO, C. T.; SILVA, A. L.; FABRINI, D. S.; AFONSO, C. T.; CÔRTEZ. M. G. W.; SANT'ANA, L. L. Risk of the use of electrocautery in patient with metallic ornaments. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. 2010;23(3):183-186. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n3/v23n3a10.pdf>. Acesso em 24 mar. 2016.

ALHASAN, A.Q.A.; HASSAN, S.I. RFID based protection to newborns in the Hospitals. **IOSR Journal of Computer Engineering**, v. 16, n. 3, p. 28-32, 2014. Disponível em: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jce/papers/Vol16-issue3/Version-1/F016312832.pdf>. Acesso em: 15 Dez. 2015.

AVELAR, A.F.M.; SALLES, C.L.S.; BOHOMOL, E.; FELDMAN, L.M.; PETERLINI, M.A.S; HARADA, M.D.J.C.S; D'INNOCENZO, M.; PEDREIRO, M.D.L.G.; HANGAI, R.K. **10 passos para a segurança do paciente**. Conselho Regional de enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP). 2010. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em 11 dez. 2014

ALKATOUT, I.; SCHOLLMAYER, T.; HAWALDAR, N.A.; NIDHI SHARMA, N.; METTLER, L. Principles and safety measures of electrosurgery in laparoscopy. **Journal of the Society os Laparoendoscopic Surgeons**, v.16, n.1, p.130–139, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4293/108680812X13291597716348>. Acesso em: 20 mai. 2016

ALTPETER, T.; LUCKHARDT, K.; LEWIS, J.N.; HARKEN, A.H.; POLK Jr. H.C. Expanded surgical time out: a key to real-time data collection and quality improvement. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 204, n. 4, p. 527-532, 2007.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Cesarean delivery on maternal request**. Committee Opinion No. 559. 2013. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co559.pdf?dmc=1&ts=20160521T2034288777>. Acesso em 11 dez. 2014.

_____. Patient Safety Checklist no. 3: scheduling planned cesarean delivery. **Obstetrics and Gynecology**, v.118, n.6, pp.1469-70, 2011.

_____. Committee opinion No.464. Patient Safety in the Surgical Environment. **Obstetrics & Gynecology**, v.116, 2010. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f69b22>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Committee Opinion. No 447 Patient Safety in Obstetrics and Gynecology. **Obstetrics & Gynecology**, v.114, 2009. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181c6f90e>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. **Obstetrics and Gynecology**, v.108, n.4, p.1039-1047, 2006.

ALMEIDA, D.; SANTOS, M.A.R.; COSTA, A.F. B. **Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXX, 2010. São Carlos –SP; 2010.

AL-QURAYSHI, Z.H.; HAUCH, A.T.; SLAKEY, D.P.; KANDIL, E. Retained foreign bodies: risk and outcomes at the national level. **Journal of the American College of Surgeons**, v.220, n.4, p.749-759, 2015.

ALLISON, E.; CREPEAU, A.E.; BART, I.; MCKINNEY, M.D.; FOX-RYVICKER, M.; CASTELLI J, et al. Prospective Evaluation of Patient Comprehension of Informed **Journal of Bone & Joint Surgery**, v.93, n.19, 2011.

ALONSO, E.M.G. Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. **Dilemata**, 2015, v.18, p.27-43.

AMATO-VEALEY, E.J.; MARIANNE, P.; BARBA, M.S.; RYAN, J.; VEALEY, B.S. Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. **AORN Journal**, v. 88, n.5, 2008. Disponível em: <http://isgweb.aorn.org/isgweb/downloads/cea08058-5039.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

AMAYA, M.R; MAZIERO, E.C.S; GRITTEM, L.; CRUZ, E.D.A. Analysis of the registration and content of surgical safety checklists. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.2, p.246-251, 2015.

ASSIS, T.V.D; BRANDÃO, O.G.; NEVES, E.N.. O Protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.12, n.2, 905-920, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1769>. Acesso em: 29 Jn. 2015.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). Recommended Practices for prevention of retained surgical items. In: ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). **Perioperative Standards and Recommended Practices**. Denver: AORN; 2013. p.305-321.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L.; DAL SASSO, G.T. Human care and technology in contemporary and complex nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.19, n.2, p.378-385, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21>. Acesso em: 4 dez. 2015.

BAYAZIDI, S.; ZAREZADEH, Y.; ZAMANZADEH, V.; PARVAN, K. Medication error reporting rate and its barriers and facilitators among nurses. **Journal of Caring Sciences**, v. 1, n.4, p.231-236, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5681/jcs.2012.032>. Acesso em: 30 Jul. 2015.

BEDOYA-RONGA, A.; CURRIE, I. Which patients should be offered caesarean section? **Practitioner**, v.256, n.1749, p.16-18, 2012.

BELLUCCI Jr., J.A.; MATSUDA, L.M. [Construction and validation of an instrument to assess the reception with risk]. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.5, p.751-757,

2012. Portuguese. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>. Acesso em: 15 mar. 2015.

BIRK, S. **Accelerating the adoption of a safety culture**. Healthcare Executive; 2015. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/healthcare_executive_mckee_032015.pdf. Acesso em: 28 jun. 2015

BLOOD, S. Medication considerations before surgery. **The Pharmaceutical Journal**. 2012. Disponível em: <http://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/medication-considerations-before-surgery/11094923.article>. Acesso em: 17 Jun. 2015.

BOECKMANN, L.M.; RODRIGUES, M.C. Surgical safety in cesarean section: integrative review. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.4, p.758-766, 2015. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/41089/26745>. Acesso em: 02 Dez. 2015.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.4, p.376-381, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>. Acesso em: 15 out. 2014.

BOLFARINE, H.E.; BUSSAB, W. **Elementos da amostragem**. São Paulo: Blucher; 2005.

BUSSAB, W.D.; MORETTIN, P.A. **Estatística Básica**. São Paulo: Saraiva; 2013.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/novo/wp-content/themes/bizwaytheme/upload/1459804424.pdf>. Acesso em: 22 mai 2016.

_____. Diário Oficial do Distrito Federal. DODF Nº 15 de 22-01-2016. Seção 02.pdf Seção 03.pdf. Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default.asp?dir=DODF%20N%BA%2015%20de%2022-01-2016&ano=2016&mes=01_Janeiro. Acesso em: 10 jun 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, DF: ANVISA; 2014a.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014b.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento.**, Brasília, DF: IPEA; 2014c. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioidm.pdf

_____. **Portaria nº 47, de 13 de março de 2014. Institui o mapa de vinculação do componente parto e nascimento da Rede Cegonha no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014d. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Mar/14/portaria-no-47-de-13-de-marco-de-2014-institui-o>

_____. **Anexo 3: Protocolo para Cirurgia Segura.** Brasília, DF: Ministério da Saúde / Anvisa/Fiocruz, 2013a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20CIRURGIA%20SEGURA.pdf>

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde.** Brasília, DF: ANVISA; 2013b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília, DF: ANVISA; 2013c.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC no 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012a.

_____. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012b.

_____. **Gestação de alto risco.** Manual Técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012c. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. **Portaria no 1.443 de 11 de outubro de 2012.** Institui grupo de trabalho para elaboração e implementação do Plano de Ação para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012d.

_____. Rede interagencial de informações para a saúde. RIPSAs. **Número de óbitos no período perinatal por 1.000 nascidos vivos.** Brasil, 2000-2011. 2012e. Indicadores de Mortalidade. Ministério da Saúde Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c02b.htm>. Acesso em: 19 fev. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim informativo: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Brasília, DF: ANVISA; 2011a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 19 fev. 2015.

_____. The Health Foundation Inspiring Improvement. PROQUALIS. Relatório de aprendizagem: Safer Patients Initiative. 2011b. Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relatorio%20de%20aprendizagem.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2011c.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N°63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.** 2011d. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 21 dez. 2014.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) /tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 21 dez. 2014.

_____. **Portaria n° 18, de 28 de junho de 2007. Instituir grupo de trabalho para implantação do planejamento estratégico ascendente no âmbito da administração central da SES/DF.** Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=ae7a894e-13fd-3374-bc3d-04e8a12f53d3. Acesso em: 16 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde (BR). **HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 117, Editora: Ministério da Saúde. 3.^a Edição Revista e Atualizada. Brasília – DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher: Um guia prático,** 2001a.

_____. **Lei n° 2.827, de 26 de novembro de 2001.** Diário oficial do Distrito Federal de 28.11.2001. 2001b. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=50783. Acesso em 03 fev. 2016.

_____. **Indicadores e mortalidade. C.5 Taxa de Mortalidade Perinatal (coeficiente de mortalidade perinatal),** 2000. Ficha de qualificação. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc05.htm>. Acesso em 03 fev. 2016.

_____. **Portaria SAS/MS n° 48, de 11 de fevereiro de 1999. Sobre os procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia e critérios técnicos para sua execução.** Diário Oficial da

União, 1999. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2004/par0804.htm>. Acesso em 03 fev. 2016.

CAMPOS, F.P.; RÉDUA, T.S.; ALVARELI, L.V. A influência da cultura organizacional para o desempenho das organizações. **Janus**, n.14, p. 21-31, 2011. Disponível em: <http://publicacoes.fatea.br/index.php/janus/article/viewFile/974/754>. Acesso em 01 fev. 2016.

CASSIANI, S.H.; GIMENES, F.R.; MONZANI, A.A. The use of technology for the safety of the patient. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.2, p. 413-417, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>. Acesso em 03 fev. 2016.

CAUDURO, F.L.F.; SARQUIS, L.M.; SARQUIS, L.M.M.; CRUZ, E.D.A. Safety culture among surgical center professionals. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.1, 2015. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/36645/24860>. Acesso em 03 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução Nº 2.144/2016**. 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2016.

CHAPPY, S. Perioperative patient safety: a multisite qualitative analysis. **AORN Journal**, v.83, p.4, n.871-874, 877-88, 891-897, 2006. Acesso em: 24 mai. 2016.

CREPEAU, A.E.; MCKINNEY, B.I.; FOX-RYVICKER, M.; CASTELLI, J.; PENNA, J.; WANG, E.D. Prospective evaluation of patient comprehension of informed consent. **Journal of Bone & Joint Surgery**, v.93, n. 19, p. e114(1-7), 2011.

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

CHESTNUT, D.H.; WONG, C.A.; TSEN, L.C.; KEE, W.D.N; BEILIN, Y.; MHYRE, J.M. **Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice**. Elsevier; 2014.

CHIAPPONI, C.; MEYER, F.; JANNASCH, O.; ARNDT, S.; STÜBS, P.; BRUNS, C.J. Involving medical students in informed consent: a pilot study. **World Journal of Surgery**, v.39, p.2214-2219, 2015.

CLARK, S.L; MILLER, D.D; BELFORT, M.A; DILDY, G.A; FRYE, D.K; MEYERS, J.A. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.200, 156, e1-4, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.068>. Acesso em: 19 ago. 2015.

CLASSEN, D.C.; RESAR, R.; GRIFFIN F.; FEDERICO, F.; FRANKEL, T.; KIMMEL, N, et al. "Global trigger tool" shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. **Health Affairs**, v.30, n.4, p.581-589, 2011. Erratum in: **Health Affairs**, v.30, n.6, p.1217, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP); Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). **10 passos**

para a segurança do paciente. São Paulo; 2010. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 19 ago. 2015

CORONA, A.R.P.D.; PENICHE, A.C.G. The patient safety culture in the adherence to the safe surgery protocol. **Revista SOBECC**, v.20, n.3, p.179-185, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201500030009>. Acesso em: 19 ago. 2015.

CORREA, C.R.; CARDOSO Jr., M.M. Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. **Associação Brasileira de Engenharia de Produção. Produção**, v.17, n.1, p.186-198, 2007. Disponível em <http://www.prod.org.br/files/v17n1/v17n1a12.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.

COSTANTINE, M.; LONGO, M.; WEN, T.; HANKINS, G.D.V.; SAADE, G.R. Timing of perioperative antibiotics for cesarean section: A meta-analysis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.197, n.6, 2007. Disponível: Document1<https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.10.250>. Acesso em: 19 ago. 2016. Acesso em: 19 ago. 2015.

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Caderno de Estudos**, n.18, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-92511998000200004>. Acesso em: 05 fev. 2015.

DEMO P. **Pesquisa e construção do conhecimento:** metodologia científica no caminho de Habermas. 6a. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2009.

DEN BOS, J.; RUSTAGI, K.; GRAY, T.; HALFORD, M.; ZIEMKIEWICZ, E.; SHREVE, J. The \$17.1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. Health affairs (Project Hope). **Health Affairs (Millwood)**, v.30, n.4, p.596-603, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0084>. Acesso em: 17 ago. 2015.

DE LORENZI, D. R. S.; TANAKA A.C.; Bozzetti, M.C.; RIBAS, F.E.; WEISSHEIMER, L. Stillbirth as a perinatal health indicator. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.1, p.141-146, 2001. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4069.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2015.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2005.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.19, n.2, p.313-326, 2009. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/genero_saude_materna.pdf Acesso em: 23 dez. 2014.

DRIVER, T.H.; KATZ, P.P.; TRUPIN, L.; WACHTER, R.M. Responding to clinicians who fail to follow patient safety practices: perceptions of physicians, nurses, trainees, and patients. **Journal of Hospital Medicine**, v.9, n.2, p.99-105; 2014. Disponível em: http://www.readcube.com/articles/10.1002%2Fjhm.2136?r3_referer=wol&show_checkout=1 Acesso em: 11 set. 2015.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n.4, p.691-729, 2005.

DONALDSON, L. An international language for patient safety. Global progress in patient safety requires classification of key concepts. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.1. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn056>. Acesso em: 11 set. 2015.

DONALDSON, L.; FLETCHER, M. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. **Medical Journal of Australia**, v.184, n. 184(10Suppl), p.S69-72, 2006. Disponível em: https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_10_150506/don10047_fm.pdf. Acesso em: 11 set. 2015.

DUARTE, S.D.C.M.; STIPP, M.A.C.; SILVA, M.M; OLIVEIRA, F.T. Adverse events and safety in nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.1, p. 144-154, 2015. Portuguese. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acesso em: 29 jan. 2015.

DUPREE, E.; O'NEILL, L.; ANDERSON, R.M. Achieving a safety culture in obstetrics. **Mount Sinai Journal of Medicine**, v.76, n.6, p.529-538, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/msj.20144>. Acesso em: 29 jan. 2015.

ECKER, J.L. Once a pregnancy, always a cesarean? Rationale and feasibility of a randomized controlled trial. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.190, n.2, p.314-318, 2004. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(03\)00869-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(03)00869-X). Acesso em: 29 jan. 2015.

EDREES, H.; FEDERICO, F. Supporting clinicians after medical error. **British Medical Journal**, v.350, p. 1982, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h1982>. Acesso em: 13 set. 2015.

EICHHORN, J.H. Pulse oximetry as a standard of practice in anesthesia. **Anesthesiology**, v.78, p.423-426, 1993.

EGOROVA, N.N.; MOSKOWITZ, A.; GELIJNS, A.; WEINBERG, A.; CURTY, J.; RABIN-FASTMAN, B.; et al. Managing the prevention of retained surgical instruments: what is the value of counting? **Annals of Surgery**, v.247, n.1, p.13-18, 2008.

ENOHUMAH, K.O; IMARENGIAYE, C.O. Factors associated with anaesthesia-related maternal mortality in a tertiary hospital in Nigeria. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v.50, p.206-10, 2006.

FARO, A. C. M. The Delphi Technique to validate the nursing interventions. **Rev. esc. enferm. USP** vol.31 no.2, Aug, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341997000200008>. Acesso em 23 dez 2014.

FERMO, V.C.; RADÜNZ, V.; ROSA, L.M.; MARINHO, M.M. Professionals' attitudes for patient safety culture in units of bone marrow transplantation. **Revista Gaúcha de**

Enfermagem, v.37, n.1, p.e55716, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.01.55716>. Acesso em: 09 out. 2015.

FLORES, P.L.; GONZÁLEZ PÉREZ, G.J.; TREJO FRANCO, J.; VEGA LÓPEZ G.; CABRERA PIVARAL, C.E.; CAMPOS, A.; et al. Risk factors in cesarean section. **Ginecología y Obstetricia de México**, v.76, n.7, p.392-397, 2008.

FORSTER, A.J.; FUNG, I.; CAUGHEY, S.; OPPENHEIMER, L.; BEACH, C.; SHOJANIA, K.G.; et al. Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. **Obstetrics & Gynecology**, v.108, n.5, p.1073-1083, 2006.

FRANCIS, D.L.; PRABHAKAR, S.; SANDERSON, S.O. A quality initiative to decrease pathology specimen-labeling errors using radiofrequency identification in a high-volume endoscopy center. **American Journal of Gastroenterology**, v.104, n.4, p.972-975, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2008.170>. Acesso em: 09 out. 2015.

FENTON, P.M.; WHITTY, C.J.M; REYNOLDS, F. Caesarean section in Malawi: prospective study of early maternal and perinatal mortality. **British Medical Journal**, v.327, p.587, 2003.

FONSECA, N.M.; ALVES, R.R.; PONTES, J.P.J.; Recomendações da SBA para segurança na anestesia regional em uso de anticoagulante. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.64, n.1, p.1-15, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v64n1/0034-7094-rba-64-01-0001.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

FOGAÇA, V.D.; SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L. G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesariana. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n. 3, p.296-305, 2007.

FORSTER, A.; FUNG, I.; CAUGHEY, S.; OPPENHEIMER, L.; BEACH, C.; SHOJANIA, K.; et al. Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. **Obstetrics & Gynecology**, v.108, p.1073-1083, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077227>. Acesso em: 26 jul. 2015.

FRANCISCO, R.P.V.; ZUGAIB, M. Neonatal adverse outcome of elective caesarean section before 39 weeks of gestation. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.59, n.2, p. 93-94, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/en_v59n2a01.pdf. Acesso em: 10 out. 2015.

FREITAS, M.R.; ANTUNES, A.G.; LOPES, B.N.A.; FERNANDES, F.D.C.; MONTE, L.D.C.; GAMA, Z.A.S.G. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.1, p.137-148, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2015.

FREITAS, P.S. **Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente no perioperatório**. Tese. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06022015-195138/en.php>. Acesso em: 13 dez. 2015.

GALADANCI, H.S. Protecting patient safety in resource-poor settings. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 27, n.4, 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693413000370>. Acesso em: 13 out. 2014.

GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos – o que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.50, n.2, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-2302004000200008>. Acesso em: 13 ago. 2015.

GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; HERNÁNDEZ, P.J.S. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.2, p.283-293, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>. Acesso em: 12 ago. 2015.

GARGIULO, D.A.; MITCHELL, S.J.; SHERIDAN, J.; SHORT, T.G.; SWIFT, S.; TORRIE, J.; et al. Microbiological contamination of drugs during their administration for anesthesia in the operating room. **Anesthesiology**, v.124, p.785-794, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000001041>. Acesso em: 11 ago. 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007.

GIMENES, F.R.E.; MOTA, M.L.S.; TEIXEIRA, T.C.A.; SILVA, A.E.B.C.; OPITZ, S.P. Patient safety in drug therapy and the influence of the prescription in dose errors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.6, 7 telas; 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_03.pdf. Acesso em: 11 ago. 2015.

GONÇALVES FILHO, A.P.; ANDRADE, J.C.S; MARINHO, M.M. O. Culture e safety management: the proposal of a model. **Gestão e Produção**, v.18, n.1, p.205-220, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

GOUVÊA, C.S.D.; TRAVASSOS, C. Patient safety indicators for acute care hospitals: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.6, p.1061-1078. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600002>. Acesso em: 25 nov. 2015.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28112011-163517/. Acesso em: 25 nov. 2015.

GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA. **Patient Identification Guideline Policy developed by**: Public Health and Clinical Systems Approved at Portfolio Executive on: 3 March 2011 Next review due: 31 March 2014. (AS Health). Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Guideline_Patient%2BIdentification.pdf. Acesso em: 21 jun. 2015.

GRABER, M. L. The incidence of diagnostic error in medicine. **BMJ Quality & Safety**, v.22, p.ii21–ii27, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001615>. Acesso em: 25 jul. 2015.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, v.20, n.3, p.269-274, 1997.

GRIGOLETO, A.R.L.; GIMENES, F.R.E.; AVELAR, M.C.Q. Client safety and the actions related to the surgical procedure. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.2, p.347-554, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10326>. Acesso em: 25 nov. 2015.

HANG, D. Evaluating of primary outcomes W.H.O surgical safety checklist 2009 application in an obstetrics and gynecology hospital of Vietnam. **American Journal of Infection Control**, v.40, n.50, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.04.231>. Acesso em: 25 jul. 2015.

HAYNES, A.B.; WEISER, T.G; BERRY, W.R.; LIPSITZ, S.R.; BREIZAT, A.H.; DELLINGER, E.P.; HERBOSA, T.; JOSEPH, S.; KIBATALA, P.L.; LAPITAN, M.C.; MERRY, A.F.; MOORTHY, K.; REZNICK, R.K.; TAYLOR, B.; GAWANDE, A.A.; SAFE SURGERY SAVES LIVES STUDY GROUP. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, v.360, n.5, p.491-499, 2009. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em: 25 jul. 2015.

HAWKINS, J.L.; KOONIN, L.M.; PALMER, S.K.; GIBBS, C.P. Anesthesia-related deaths during obstetric delivery in the United States, 1979-1990. **Anesthesiology**. v.86, n.2, p.277-284, 1997.

HEALTH FOUNDATION. **Relatório de aprendizagem: Safer Patients Initiative**. 2011. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relatorio%20de%20aprendizagem.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

HELMREICH, R.L.; MERRITT, A.C. **Culture at work in aviation and medicine**. 2.ed. Burlington (US): Ashgate; 2001.

HENCI GOER. **Informed consent form (hypothetical) for entry into trial of planned vaginal birth versus planned elective cesarean surgery**. *Birth* 33:1 march 2006.

HENRIKSEN, K.; BATTLES, J.B.; KEYES, M.A., GRADY, M.L. editors. **Advances in patient safety: new directions and alternative approaches**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.

HINDLE, D.; HARAGA, S.; RADU, C.; YAZBECK, A.M. What do health professionals think about patient safety? **Journal of Public Health**, v.16, n.2, p.87-96, 2008.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F.X.; FILHO, R.S.O.; FERREIRA, L.M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, supl. 2, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

HODGES, S.C.; MIJUMBI, C.; OKELLO, M.; MCCORMICK, B.A.; WALKER, I. A.; WILSON, I. Anaesthesia services in developing countries: defining the problems. **Anaesthesia**, v.62, n.1, p.4-11, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1111/j.1365-2044.2006.04907.x>. Acesso em: 15 set. 2015.

HOFFMEISTER, L.V.; DE MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.23, n.1, p.36-43, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>. Acesso em: 13 set. 2015.

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA (HRT). **Taxa de cesáreas mensal para o ano de 2015. Relatório do Centro Obstétrico do Hospital Regional de Taguatinga**. Brasília, DF: 2015a.

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA (HRT). **Relatório Estatístico mensal do número de partos cesáreos do Centro Obstétrico do Hospital Regional de Taguatinga dos anos de 2012, 2013 e 2014**. Brasília, DF: 2015b.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: The National Academy Press; 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>. Acesso em 22 jan. 2015.

_____. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: The National Academy Press, 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/read/9728/chapter/2>. Acesso em 22 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). **Quem somos?** Disponível em: <http://segurancadopaciente.com.br/quem-somos/>. Acesso em: 11 jan. 2016.

JAMES, J.T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety**, v.9, p.122-128, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69>. Acesso em: 02 jun. 2015.

JOINT COMMISSION. **Meeting the Joint Commission's 2012 National Patient Safety Goals**. 2013. Disponível em: http://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBMNPSG13_Sample_Pages.pdf. Acesso em: 13 jun. 2015.

_____. **Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery**. 2003. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol/>. Acesso em: 10 jun. 2015.

KEARNS, R.J.; UPPAL, V.; BONNER, J.; ROBERTSON, J.; DANIEL, M.; MCGRADY, E.M. The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. **BMJ Quality & Safety**, v.20, n.9, p.818-822, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.050179>. Acesso em: 16 set. 2014.

KELLY, M.J.; KINNERSLEY, P.; PHILLIPS, K.; SAVAGE, K.; FARRELL, E.; MORGAN, B.; et al. Interventions to promote informed consent for invasive healthcare procedures: a cochrane systematic review and meta-analysis. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.67, suppl 1, p.A63, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2012-101115>. Acesso em 09 ago. 2015.

KIM, F.J.; DA SILVA, R.D.; GUSTAFSON, D.; NOGUEIRA, L.; HARLIN, T.; DAVID L.P. Current issues in patient safety in surgery: a review. **Patient Safety in Surgery**, v.9, n. 26, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13037-015-0067-4>. Acesso em 09 jan. 2016.

KIM, J.K.; DOTSON, B.; THOMAS, S.; NELSON, K.C. Standardized patient identification and specimen labeling: a retrospective analysis on improving patient safety. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v.68, n.1, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22841126>. Acesso em 09 set. 2015.

KIRWAN, M.; MATTHEWS, A.; SCOTT, P.A. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. **International Journal of Nursing Studies**, v.50, p. 253-263, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>. Acesso em 09 set. 2015.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.C, editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

KOPPEL, R.; WETTERNECK, T.; TELLES, J.L.; KARSH, B.T. Workarounds to barcode medication administration systems: their occurrences, causes, and threats to patient safety. **Journal of the American Medical Informatics Association**. v.15, n.4, p.408-423, 2008.

LEAL, M. C., PEREIRA, A.N; DOMINGUES, R.M.; FILHA, M. M.; DIAS, M.A.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, sup:S17-S47, 2014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. Acesso em 24 mai. 2016.

LEITE, F.M.C., AMORIM, M.H.; NUNES, G.F.; SOARES, M.F; SABINO, N.Q. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.11, n.1, p.22-26, 2009. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/444/308>. Acesso em 12 fev. 2016.

LYNDON, A. M; JOHNSON, C.; BINGHAM, D.; NAPOLITANO, P.G.; JOSEPH, G.; MAXFIELD, D.G.; *et al.* Transforming communication and safety culture in intrapartum care: a multi-organization blueprint. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v.44, 341-349, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12575>. Acesso em 15 mai. 2016.

LONGARAY, V.K., ALMEIDA, M.A., CEZARO, P. Nursing process: reflections of aides and technicians El proceso de enfermería: reflexiones de auxiliares y técnicos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.1, p.150-157, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72164/000675448.pdf?sequence=1>. Acesso em 07 jun. 2016.

LUIZ, R.B.; SIMÕES, A.L.; BARICHELO, E.; BARBOSA, M.E. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.5, p.880-887, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>. Acesso em 21 mai. 2016.

MAGALHÃES, A.M.; DALL'AGNOL, C.M. MARCK, P.B. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21(spe), p.146-154, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/19.pdf>. Acesso em 12 nov. 2015.

MAGRABI, F.; LIAW, S.T.; ARACHI, D.; RUNCIMAN, W.; COIERA, E. Identifying patient safety problems associated with information technology in general practice: an analysis of incident reports. **BMJ Quality and Safety**, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004323>. Acesso em 21 mai. 2015.

MAKARY, M.A.; EPSTEIN, J.; PRONOVOST, P.J.; MILLMAN, E.A.; HARTMANN, E.C.; FREISCHLAG, J.A. Surgical specimen identification errors: a new measure of quality in surgical care. **Surgery**, v.141, n.4, p.450-455, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17383521>. Acesso em 21 mai. 2015.

MAKARY, M.A.; HOLZMUELLER, C.G.; THOMPSON, D.; ROWEN, L.; HEITMILLER, E.S.; MALEY, W.R.; *et al.* Operating room briefings: working on the same page. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, n.32, p.351-355, 2006. Acesso em 12 nov. 2015.

MANZO, B.F.; BRITO, M.J.; CORRÊA, A.D. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. **Revista Escola Paulista de Enfermagem da USP**, v.46, n.2, p.388-394, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>. Acesso em 17 jan. 2015.

MARCOLIN, A. C. Quality and safety: pathways to success of the redesign of the obstetric care model. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v.37, n. 10, p.441-445, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005472>. Acesso em 05 mai. 2016.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2009.

MARINHO, M.M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S.F. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.23, n.3, p. 581-590, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf. Acesso em 21 mai. 2016.

MARTINS, G.D. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v.8, n.20, p.1-12, 2006. Disponível em: <http://rbgn.fecap.br/RBGN/article/view/51/271>. Acesso em 12 nov. 2014.

MARTINS, A.C.; SILVA L.K. Revisões sistemáticas de antibioticoprofilaxia em cesarianas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2513-2526, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/01.pdf>. Acesso em 10 nov. 2014.

MEDEIROS, R.K; FERREIRA, J.R.; PINTO, D.P.; VITOR, A.F. SANTOS, V.E. BARRICHELLO, E. Pasquali's model of content validation in Nursing research. *Rev Enf Ref*. v.4, p.127-135, 2015. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>

MEIRELES, V.C.; SILVA, G.L.; INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. **Avaliação da qualidade do cuidado relacionado ao acesso venoso periférico.** IN: Anais eletrônico, vii epcc- Encontro Internacional de produção científica - Centro Universitário de Maringá (cesumar). Maringá - Paraná: CESUMAR; 2011. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/viviani_camboin_meireles.pdf. Acesso em 12 nov. 2015.

MELHADO, V.B. Avaliação da via aérea difícil. IN: CAVALCANTI, I.L.; FREITAS, F.A. **Medicina Perioperatória.** Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006, cap 05). Acesso em 23 Apr 2016. Disponível em: http://www.viaaereadificil.com.br/avaliacao_vad/avaliacao_vad_pdf/avaliac_VAD.pdf. Disponível em: 12 jun. 2016.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.D. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.22, n.4, p.1124-1133, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>. Acesso em 12 nov. 2015.

MELMANN, S.E.; DIRKSEN, C.; KWEE, A.; SMITS, L.; DE BOER, F.; KONKERS, M. et al. Simple: implementation of recommendations from international evidence-based guidelines on caesarean sections in the Netherlands. Protocol for a controlled before and after study. **Implement Science**, v.3, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-8-3>. Disponível em: 02 out. 2015.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.** 2nd ed. Philadelphia: Lamp; 2012.

MENDES, K.D.; SILVEIRA, R.C.; GALVÃO, C.M. [Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing]. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.17, n.4, 2008. Portuguese. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: 13 dez. 2014.

MENDES, J.W.V. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil.** Tese. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz; 2007. Disponível em: 01 out. 2014.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.21, n.4, p.279-284, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>. Disponível em: 01 out. 2014.

MENDES, W.; PAVÃO, A.L.; MARTINS, M.L.; TRAVASSOS, C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.59, n.59, p.421-428, 2013. Disponível em: 01 out. 2014.

MIRA, J.J.; LORENZO, S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. **Gaceta Sanitaria**, v.29, n.5, p.370-374, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.004>. Disponível em: 03 fev. 2016.

MIRAKIAN, R.; EWAN, P.W.; DURHAM, S.R.; YOULTEN, L.J.; DUGU, P.; FRIEDMANN, P.S.; et al. BSACI guidelines for the management of drug allergy. **Clinical**

and **Experimental Allergy**, v.39, p.43–61. 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2222.2008.03155.x/pdf>. Acesso em 13 mai. 2016,

MOHAMMED, A.; WU, J.; BIGGS, T.; OFILI-YEBOVI, D.; COX, M.; PACQUETTE, S.; *et al.* Does use of a world health organization obstetric safe surgery checklist improve communication between obstetricians and anaesthetists? A retrospective study of 389 caesarean sections. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.120, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12041/epdf>. Disponível em: 03 out. 2014.

MONTEIRO, F.; SILVA, L.R. Checklist surgical safety: assessment and intervention. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v.12, especial, p.482-485, 2013. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/9196/6760>. Disponível em: 03 out. 2014.

MOREIRA, C.; AMARAL, E. Use of electrocautery for coagulation and wound complications in caesarean sections. **Scientific World Journal**, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/602375>. Disponível em: 21 nov. 2015.

MULSOW, J.W.; FEELEY, T.M.; TIERNEY, S. Beyond consent. Improving understanding in surgical patients. **American Journal of Surgery**, v. 203, n.1, p.112-120, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.12.010>. Disponível em: 03 fev. 2016.

MURPHY, M.; DOYLE, D.J. Airway evaluation. In: HUNG, O.; MURPHY, M. eds. **Management of the difficult and failed airway**. New York: McGraw Hill; 2008. p.3-15.

NAGAO-DIAS, A. T.; BARROS-NUNES, P.; COELHO, H.L.; SOLÉ, D. Allergic drug reactions. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.4, p.259-266, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n4/en_v80n4a04.pdf. Disponível em: 03 out. 2014.

NASCIMENTO, N.B.; TRAVASSOS, C.M. [Medical errors and violation of rules and standards in health: a theoretical discussion in the area of patient safety]. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010. Portuguese. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>. Disponível em: 02 out. 2014.

NAVARRO, A.S.; GUIMARÃES, R.L.; GARANHANI, M.L. Teamwork and its meaning to professionals working in the Family. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.1, p.69-75, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130006>. Disponível em: 05 set. 2014.

NATIONAL HEALTH SYSTEM (NHS). **Delivering quality and value: focus on caesarean section**. United Kingdom: Leeds: 2013.

_____. National Patient Safety Agency (NPSA). National Reporting and Learning Service (NRLS). **WHO surgical safety checklist: for maternity cases only**, Nov., 2010. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/guidance/?entryid45=83972>. Acesso em: 12 set. 2014

_____. **Identification of neonates:** antenatal. National Patient Safety Agency. 0798 October, 2008. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60202&type=full&servicetype=Attachment>. Acesso em: 30 mar. 2016.

NIEVA, V. F; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. 2016. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/> on April 7, 2016 - Published by group.bmj.com. Acesso 26 jun. 2016

O'CONNOR, E.; COATES, H.M.; YARDLEY, I.E.; WU, A.W. Disclosure of Patient Safety Incidents: A Comprehensive Review. **International Journal for Quality in Health Care**, v.22, n.5, p. 371-79, 2010.

O'DOWD, A. Clinicians will get legal protection for owning up to mistakes. **British Medical Journal**, v.352, p.i1480, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1480>. Acesso em: 23 jun. 2016

OKUYAMA, A.; WAGNER, C.; BIJNEN, B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. **BMC Health Services Research**, v.14, n.61, 2014. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>. Acesso em: 27 jun. 2015.

OLIVEIRA, A.M.C; DALLARI, S.G. Sanitary Surveillance, Social Participation and Citizenship. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.3, p.617-624, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300008>. Acesso em: 26 jun. 2016.

OLIVEIRA, R.M.; LEITÃO, I.M.; SILVA, L.M.; FIGUEIREDO, S.V.; SAMPAIO, R.L.; GONDIM, M. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n.1, p.122-129, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2015.

OLIVEIRA, V.L.; PIMENTEL, D.; VIEIRA, M.J. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. **Revista Bioética**, v.18, n.3, p.705-724, 2010. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/595/601. Acesso em: 13 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação. Glossário e termos técnicos**. Brasília, DF; 2006.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual para avaliação e certificação de organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília, DF; 2004.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Millennium development goals and beyond 2015**. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Acesso em 05 abr. 2015.

PAESE, F.; DAL SASSO, G.T. Patient safety culture in primary health care. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 22, n.2, p.302-310, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em: 11 set. 2014.

PANCIERI, A.P.; SANTOS, B.P.; AVILA, M.A.; BRAGA, E.M. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.1, 2013. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>. Acesso em: 21 set. 2014.

PARANAGUÁ, T.T.; BEZERRA, A.L.; SILVA, A.E.; AZEVEDO FILHO, F.M. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.3, p.256-262, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/09.pdf>. Acesso em 22 set. 2014.

PARRA, R.L.; GIANNASTTASIO, M.B.; DINIZ, T.R. The knowledge of circulating nurses concerning the use of electrocautery. **Revista da SOBECC**, v.17, n.4, p.24-32, 2012. Disponível em: <http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/1.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.spe, p.992-999, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. Principles of elaboration of psychological scales. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.5, p. 206-213, 1998.

PEDREIRA, M. L. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n. especial 70 Anos, p.880-881, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>. Acesso em 22 out. 2014.

PEREIRA, R.C.; ZANETTI, M.L. Complications due to intravenous therapy in surgical patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.8, n.5, p.21-27, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000500004>. Acesso em 30 mai. 2016.

PETTER, C.E.; FARRET, T. C.; SCHERER, J.D.; ANTONELLO, V.S. Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. **Scientia Medica**, v.23, n.1, p.28-33, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/12715/9042>. Acesso em: 14 out. 2014.

PETTKER, C.M.; THUNG, S.F; RAAB, C.A., DONOHUE, K.P.; COPEL, J.A.; LOCKWOOD, C.J., *et al.* A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.204, 216.e1-216.e6, 2011. Disponível em: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2810%2902258-1/pdf>. Acesso em 19 ago. 2015.

PIZARRO, I.A.; WALKER, Z.; ROBINSON, J.; KELLY, S.; TOTH, M. Using the AHRQ hospital survey on patient safety culture as an intervention tool for regional clinical improvement collaboratives. **advances in patient safety: new directions and alternative approaches. Culture and Redesign**. 2008. Acesso em 19 ago. 2015.

POWELL, R.J.; DU TOIT, G.L.; SIDDIQUE, N.; Huber, P.A.; Nasser, S. M.; Clark, A.T. BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema. **Clinical & Experimental Allergy**, v.37, p.631-650, 2007. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2222.2007.02678.x/full>. Acesso em 06 jul. 2015.

PRONOVOST, P.; NEEDHAM, D.; BERENHOLTZ, S.; SINOPOLI, D.; CHU, H.; COSGROVE, S.; *et al.* An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. **New England Journal of Medicine**, v.355, p.2725-232, 2006a.

PRONOVOST, P.J.; BERENHOLTZ, S.M.; GOESCHEL, C.A.; NEEDHAM, D.M.; SEXTON, J.B.; THOMPSON, D.A. *et al.* Creating high reliability in health care organizations. **Health Services Research**, v.41, p.1599-1617, 2006b.

PROQUALIS/Icict/Fiocruz. (s.d.). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. **Sobre o Proqualis**. Disponível em: <http://proqualis.net/>. Acesso em: 24 jun. 2015.

QUES, A. A.; MONTORO, C.H. GONZÁLES, M.G. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v.18, n.3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf. Acesso em 13 nov. 2014. Acesso em: 18 abr. 2015.

RAPPAPORT, W.D.; HUNTER, G.C.; ALLEN, R.; LICK, S.; HALLDORSSON, A.; CHVAPIL, T.; *et al.* Effect of electrocautery on wound healing in midline laparotomy incisions. **American Journal of Surgery**, v.160, n.6, 618-620, 1990. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2147542>. Acesso em 27 ago. 2015.

REASON, J. **The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries**. Farnham, England: Ashgate boo. 310p; 2008.

REHIM, S.A.; MORRITT, A.; PERKS, G. WHO surgical checklist and its practical application in plastic surgery. **Plastic Surgery International**, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/579579>. Acesso em: 19 nov. 2014.

REZENDE, J.D.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 12ª ed. 2011.

REIS, T.R.D; ZAMBERLAN, C; GRASEL, J.T; COSTENARO, R.G.S; DIAZ, C.M G. Profile of pregnant women and risk obstetric assistance usual in a public maternity. **Rev enferm UFPE on line**, 10(1):143-51, 2016.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n.11, p.2199-2210, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n11/19.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

RIBEIRO, M.A.; VEDOVATO, T.G.; LOPES, M.H.; MONTEIRO, M.I., GUIRARDELLO, E.B. Validation studies in nursing: integrative review. **Revista Rene**, v.14, n.1, p.218-228, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/54/pdf>. Acesso em: 01 out. 2014.

ROBBINS, S.P. **Comportamento organizacional**. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

ROSADO, J.P. Lista de verificación para cesáreas y partos [Carta a los editores]. **Medwave**, v.13, n.2, p.e5629, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5867/medwave.e5629>. Acesso em: 01 out. 2014.

ROSS, J. Safety culture. Just what is it? **Journal of Perianesthesia Nursing**, v.30, n.6, p.553-555, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2015.09.007>. Acesso em: 23 jul. 2015.

RUBIO, D.M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S.S.; LEE, E.S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v.27, n.2, p.94-104, 2003.

SALMOND, S.W. Orthopaedic nursing research priorities: a Delphi study. **Orthopaedics Nursing**, v.13, n.2, p.31-45, 1994.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: McGrawHill; 2012.

SANTANA H.T.; SIQUEIRA, H.N.; COSTA, M.M.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES S.M.; SOUSA, F.C., *et al.* Surgical patient safety from the perspective of health surveillance: a theoretical reflection. **Vigilância Sanitária em Debate**, v.2, n.2, p.34-42, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3395/vd.v2i2.124>. Acesso em: jan. 2015.

SANCHES, N.C.; MAMEDE, F.V.; VIVANCOS, R.B.Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência Obstétrica na maternidade pública em ribeirão preto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.21, n.2, p.418-426, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a21v21n2.pdf>. Acesso em: Acesso em 19 fev. 2015.

SANCHINI, V.; RENI, M.; CALORI, G.; RIVA, E.; REICHLIN, M. Informed consent as an ethical requirement in clinical trials: an old, but still unresolved issue. An observational study to evaluate patient's informed consent comprehension. **Journal of Medical Ethics**, v.40, n.4, p.269-275, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2012-101115>. Acesso em: 31 jan. 2016.

SAY, L.; SOUZA, J.P.; PATTINSON, R.C. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v.23, p.287-296, 2009.

SCHWARZ, S.K. Can items on aviation-style checklist for preparation of cesarean delivery under general anesthesia present a threat for patient safety? [Letters]. **Anesthesia & Analgesia**, v.102, n.3, 2006. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1213/01.ANE.0000190877.56380.FE>. Acesso em 09 nov. 2014.

SHERLOCK, A.; BROWNIE, S. Patients' recollection and understanding of informed consent: a literature review. **ANZ Journal of Surgery**, v.84, n.4, p.207-210, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ans.12555>. Acesso em: jan. 2015.

SHIREY, M.R. Brainstorming for breakthrough thinking. **Journal of Nursing Administration**, v.41, n.12, p.497-500, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182378a53>. Acesso em: 11 dez. 2014.

SILVA, A.E.; REIS, A.M; MIASSO, A.I; SANTOS, J.O; CASSIANI, S.H. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_21. Acesso em: 14 jan. 2015.

SILVA, C.M.; BARROSO, F.F. Promoting a culture of safety in primary health care. **Revista de Saúde Pública**. v.32, n.2, p.197-205, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>. Acesso em: 23 jan. 2015. Acesso em: 03 fev. 2016.

SILVA, C.B.D; RAMIRES, J.C.D.L. Regionalização da saúde em minas gerais:algumas reflexões críticas. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia**, v.6, n.11, p. 60-79, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16971/9360>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SIMÕES, L.C. Informed consent: a medical and legal challenge of our time. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.45, n.2, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162010000200015. Acesso em: 07 dez. 2014.

SINGH, S.S.; MEHRA, N.; HOPKINS, L.; LEYLAND, N.; WOLFMAN, W.; ALLAIRE, C.; *et al.* Surgical safety checklist in obstetrics and gynaecology. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v.35, Suppl 1, 2013. Disponível: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/04/JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

SMAILL, F.M.; GRIVELL, R.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section (Cochrane Review). **The Cochrane Library**. v. 10, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007482.pub3/epdf>. Acesso em: 16 nov. 2014.

SMITH, A.F.; CASEY, K.; WILSON, J.; FISCHBACHER-SMITH, D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. **International Journal for Quality in Health Care**, v.23, n.5, p.590-599, 2011.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**. v.8, Suppl 1, 2010. Disponível: http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf. Acesso em: 11 out. 2014.

SOUZA, S.D.; TOMAZONI, A.; ROCHA, P.K.; CABRAL, P.F.; SOUZA, A.I. Identification of the child in pediatrics: perceptions of nursing professionals. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.29, n.1, p.5-11, 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/11529/9536>. Acesso em: 19 jan. 2016.

SOUZA, V.S.; KAWAMOTO, A.M.; OLIVEIRA, J.L.; TONINI, N.S.; FERNANDES, L.M.; NICOLA, A.L. Errors and adverse events: the interface with Health professionals' safety culture. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, p.475-482, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>. Acesso em: 19 jan. 2016.

SPENCER, E.; WALSH, K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. **BMJ Quality & Safety in Health Care**, v.18, n. Suppl I, p.i22-i27, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.0293>. Acesso em 22 jul. 2015.

_____. **Strategies**: Literature and interview summary. Quality Improvement Strategies in Healthcare systems of the European Union. April, 2005.

SPECTOR, J.M.; AGRAWAL, P.; KODKANY, B.; LIPSITZ, S.; LASHOHER, A.; DZIEKAN, G.; *et al.* Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. **PLoS One**. 2012;7(5):e35151. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0035151>. Acesso em: 31 mar. 2015.

STEELMAN, V.M.; GRALING, P.R.; PERKHOUNKOVA, Y. Priority patient safety issues identified by perioperative nurses. **AORN Journal**. v.97, n.4, p.402-418, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.06.016>. Acesso em: 23 dez. 2015.

STEENHUYSEN, J. **Mistakes Common in U.S. Hospitals**. Reuters Health Information. 2011. v. 1.

STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N. Immediate puerperium: unveiling the meaning of maternity. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.3 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>. Acesso em 15 dez. 2015.

TASE, T.H.; LOURENÇÃO, D.C.; BIANCHINI, S.M.; TRONCHIN, D.M. Patient identification in healthcare organizations: An emerging debate. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.2, p.196-200, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n3/en_a25v34n3.pdf. Acesso em 21 abr. 2015.

TAYLOR, C.R.; LILLIS, C.; LEMONE, P.; LYNN, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

TEIXEIRA, V.A.; OSELAME, G.B.; NEVES, E.B. O Protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.12, n.2, p.905-920, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1769>. Acesso em: 03 jan. 2015.

TERTULIANO, A.C; BORGES, J.L.; FORTUNATO, R.A.; OLIVEIRA, A.L; POVEDA, V. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheter among inpatients of a hospital in vale do paraíba. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.2, p.340-345, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140026>. Acesso em 26 jan. 2015.

THE MEDICAL COUNCIL OF HONG KONG. **Code of professional conduct**. The Medical Council of Hong Kong, v.19, n.19, 2012. Disponível em: <http://www.mchk.org.hk/newsletter21.pdf>. Acesso em: 13 Fev. 2016. Acesso em 08 ago. 2015.

TIMM, M.; RODRIGUES, M.C. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.29, n.1, p.26-37, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/en_1982-0194-ape-29-01-0026.pdf. Acesso em: 12 mai. 2016.

TITA, A.T; LANDON, M.B; SPONG, C.Y; LAI, Y; LEVENO, K.J; VARNER, M. W, *et al.* Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 360, p. 111-120, 2009.

TIWARI, S.; SINGH, A.; SINGH, S.K. Multimodal database of newborns for biometric recognition, **International Journal of Bio-Science and Bio-Technology**, v.5, n.2, 2013. Disponível em: http://www.sersc.org/journals/IJBSBT/vol5_no2/10.pdf. Acesso em 12 ago. 2015.

TORRES, M.M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, n.3, p.299-304, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a03.pdf>. Acesso em 22 mar. 2016.

TOSTES, M.F., HARACEMIW, A.; MAI, L.D. Surgical safety checklist: considerations on institutional policies. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.203-209, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160027>. Acesso em: 11 jun. 2016.

TREADWELL, J.R.; LUCAS, S.; TSOU, A.Y. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. **BMJ Quality & Safety**. v.23, p.299-318, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001797>. Acesso em 15 jul. 2015.

TRIVIÑOS, A.N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 2013.

URSI, E.S; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.14, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>. Acesso em 02 out. 2014.

VELHO, M.B.; DOS SANTOS, E.K.; BRÜGGEMANN, O.M.; CAMARGO, B.V. Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: integrative review of women's perceptions. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.21, n.2, p.458-466, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

VELHO, M.B.; SANTOS, E. K.; COLLAÇO, V.S. Natural childbirth and cesarean section: social representations of women who experienced them. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.2, p.282-289, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>. Acesso em 23 jan. 2015.

VENDRAMINI, R.C.; DA SILVA, E.A.; FERREIRA, K.A.; POSSARI, J.F.; BAIA, W.R. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Revista Escola Paulista de Enfermagem da USP**, v. 44, n.3, p. 827-832, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/39.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.

VIEIRA, S. **Análise de Variância (ANOVA)**. São Paulo: Atlas S. A; 2006.

VRIES, E.N.; RAMRATTAN, M.A.; SMORENBURG, S.M.; GOUMA, D.J.; BOERMEESTER, M.A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v.17, n.3, p.216-223, 2008. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>. Acesso em: 29 set. 2014

XAVIER, P.B.; OLIVEIRA, R.C.; ARAÚJO R.S. Peripheral venous puncture: local complications in patients assisted in a university hospital. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v.5, n.1, p. 61-66, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.1197-10480-1-LE.0501201108>. Acesso em: 06 mai. 2016.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

WAGTENDONK, I.; SMITS, M.; MERTEN, H.; HEETVELD, M.J.; WAGNER, C. Nature, causes and consequences of unintended events in surgical units. **Brazilian Journal of Surgery**, v. 97, p.1730-1740, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.7201>. Acesso em: 13 nov. 2015.

WALKER, A.; RESHAMWALLA, S.; WILSON, I.H. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v.109, n.1, 2012. Disponível em: <http://bj.a.oxfordjournals.org/content/109/1/47.full.pdf+html>. Acesso em: 01 nov. 2014.

WEICK, K.E.; SUTCLIFFE, K.M. **Managing the unexpected**. Assuring high performance in an age of complexity. São Francisco/Estados Unidos: JOSSEY-BASS, 2001.

WHITNEY, S.N.; MCGUIRE, A.L.; MCCULLOUGH, L.B. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. **Annals of Internal Medicine**, v.140, p.54-9, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14706973>. Acesso em: 02 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal mortality country profiles**. 2015. World Bank Group and the United Nations Population Division for the years 1990-2015. 2016a. Disponível em: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/en/. Acesso em: 11 mai. 2016.

_____. **Safe childbirth checklist implementation guide improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns**. Geneva, Switzerland, 2015. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/novo/wp-content/themes/bizwaytheme/upload/1449704747.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. **Maternal mortality. Fact sheet N°348**. 2016b. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>. Acesso em: 17 jun. 2016.

_____. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010**. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: WHO Press, 2012.

_____. **WHO Guidelines for Safe Surgery**. Safe Surgery Saves Lives. Geneva; 2009a Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf. Acesso em 12 out. 2014.

_____. **More than words. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS); technical report.** Geneva: World Health Organization; 2009b.

_____. **Communication during patient hand-overs.** Patient Safety Solutions. v.1, solution 3, 2007.

_____. **World alliance for patient safety.** Forward Programme 2006-2007. Geneva: WHO Press; 2006.

_____. **World Alliance for Patient Safety.** Forward Programme 2005. Geneva: WHO; 2004.

WEINDLING, A.M. The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). **Archives of Disease in Childhood**, v.88, p.1034-1037, 2013.

WILEY, J; SONS, I. Debo tener una cesárea? **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.58, n.4, p.485-486, 2013.

WILLIAMS, P.L.; WEBB, C. The Delphi technique: a methodological discussion. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, n. I, p. I 80-6, 1994.

WISE, J. Darzi calls for overhaul of safety incident reporting. **British Medical Journal**, v. 352, p. i1434, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1434>. Acesso em: 23 jun. 2016.

WONG, J.; CHAN, D.T.; TAM, Y.H.; SIMON S.N.; PHILIP, C.; LEUNG, W.W. Audit on surgical patients' understanding of their informed consent. **Surgical Practice**, v.19, n.2, p.48-59, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1744-1633.12110>. Acesso em: 22 jun. 2016.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v.25, n.5, p. 508-518, 2003. Acesso em: 19 set. 2014.

WU, M.P; OU, C.S. CHEN, S.L; YEN, E.Y. ROWBOTHAM, R. Complications and recommended practices for electrosurgery in laparoscopy. **The American Journal of Surgery**, v.179, n.1, p.67-73, 2000.

YU, A.; FLOTT, K.; CHAINANI, N.; FONTANA, G.; DARZI, A. **Patient safety 2030.** NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial College London and Imperial College Healthcare NHS Trust. s/d. Disponível em: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2015.

ZLOT, R. **Anomalias congênitas em natimortos e neomortos: o papel do aconselhamento genético.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher; 2008.

ZUGAIB, M. Obstetrícia. São Paulo: Manole; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica elaborada pela Organização Mundial da Saúde

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (Brasil, 2013)		
Antes da Indução Anestésica	Antes da Incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
Identificação	Confirmação	Registro
<input type="checkbox"/> Paciente confirmou: - Identidade - Sítio cirúrgico - Procedimento - Consentimento <hr/> <input type="checkbox"/> Sítio demarcado/não se aplica <hr/> <input type="checkbox"/> Verificação de segurança anestésica concluída <hr/> <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento <hr/> O paciente possui: Alergia conhecida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <hr/> Via aérea difícil/risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamento /assistência disponíveis <hr/> Risco de perda sanguínea >500 ml (7ml/kg em criança) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função <hr/> <input type="checkbox"/> Cirurgião, anestesiológista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: - Identificação do paciente - Sítio cirúrgico - Procedimento <hr/> Eventos críticos previstos <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista? <input type="checkbox"/> Revisão da equipe de anesthesiologia: 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? <hr/> A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> As imagens essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente coma equipe: <input type="checkbox"/> Registro completo do procedimento intraoperatório, 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 <hr/> <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiológista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente (especificar critérios mínimos a serem observados, ex: dor)

Extraído do Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz (09/07/2013)

ANEXO 2 - Documento de aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Segurança da Gestante na Cesária: Uma análise da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um Hospital Público do Distrito Federal

Pesquisador: Lara Mabelle Milfont Boeckmann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38102614.3.0000.5553

Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 901.713

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 24-11-2014 do CEP-FEPECS-SES-DF.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 24-11-2014 do CEP-FEPECS-SES-DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 24-11-2014 do CEP-FEPECS-SES-DF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 24-11-2014 do CEP-FEPECS-SES-DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 24-11-2014 do CEP-FEPECS-SES-DF.

Recomendações:

*Solicitamos termo de concordância do chefe da Unidade de Anestesiologia e ressaltamos que todos os profissionais de saúde que fizerem parte como sujeitos de pesquisa deverá ser aplicado o TCLE para os mesmos.

*Na metodologia, no tópico critérios de exclusão não cita gestantes menores de idade (menores de 18 anos), caso essas pacientes sejam incluídas como sujeitos de pesquisa, ressaltamos que o TCLE

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 901.713

deverá ser modificado, pois causa relação de dependência e cabe aos representantes legais do sujeito (familiar, tutor) ter conhecimento e assinar o TCLE. Contudo, o termo de assentimento (vide Resolução CNS/MS 466/2012), do próprio sujeito, mesmo se em situação de limitação de competência para decisões autônomas, deve ser obtido.

*Corrigir no TCLE para as usuárias a sigla OMS para a definição coloquial, pois deverá estar em linguagem simples e acessível ao sujeito da pesquisa, de tal modo que o paciente deve ser suficientemente esclarecido e não apenas "informado" quanto a todos os detalhes do projeto de pesquisa.

*Falta anexar na PB o Curriculum Vitae da orientadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

*Pendências acima citadas atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 08 de Dezembro de 2014

Assinado por:
LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS
(Coordenador)

Dr. Helio Bergo
Coordenador
CEP / FEPECS-SES-DF

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Validação de Conteúdo)

Convidamos V.S.^a para participar do processo de validação de conteúdo do Instrumento de pesquisa intitulado: Instrumento de Segurança Cirúrgica na Cesárea, que faz parte da segunda etapa do projeto de pesquisa de doutorado intitulado: *Segurança da Gestante na Cesárea: Uma análise da aplicação da LVSC em um Hospital Público do Distrito Federal*, a ser aplicado no Centro Obstétrico de um hospital público do Distrito Federal.

A sua participação é extremamente importante e se dará após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Leitura da Carta Convite e das orientações (guia) para Avaliação do Instrumento, preenchimento do perfil sócio demográfico dos juízes, Julgamento e preenchimento dos itens referentes às três dimensões de Avaliação em Saúde (Indução Anestésica, Antes da Incisão Cirúrgica e Antes de sair da sala de operação), de acordo com o *checklist* de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde-OMS.

Lembramos que a sua participação é totalmente voluntária. Desse modo, V. S.^a poderá recusar-se ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer custo ou prejuízo à sua pessoa. Afirmamos que as informações obtidas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e a sua identidade não será revelada. Esperamos que através da sua participação o referido instrumento seja validado, e posteriormente possa ser aplicado na terceira etapa desta pesquisa e em seguida disponibilizado para ser utilizado em todos os serviços de saúde que possuam Centro Obstétrico e que desejem promover uma assistência segura para as mulheres. Informamos que este Termo deverá ser preenchido e assinado em duas vias de igual teor e que uma delas será entregue à V. S.^a.

Eu..... (nome por extenso do (a) participante da pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido (a) e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Data: ___/___/___

Eu, Lara Mabelle Milfont Boeckmann, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

Assinatura da pesquisadora

Data: ___/___/___

Caso necessite de maiores esclarecimentos, por favor, entre em contato com as pesquisadoras.

<p>Lara Mabelle Milfont Boeckmann E-mail: laramilfont@gmail.com Fone: (14) 3435.4517/8495.9936</p>
--

<p>Dr^a Maria Cristina Soares Rodrigues (orientadora) E-mail: mcsoares@unb.br Fone: (61) 3107.1762 / 8237.8710</p>
--

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a segunda etapa de validação do instrumento: técnica de *brainstorming* e aplicação da escala Likert

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos V. S.^a para participar do processo de validação semântica do Instrumento de pesquisa intitulado: Instrumento de Segurança Cirúrgica na Cesárea, que faz parte da segunda etapa do projeto de pesquisa de doutorado intitulado: *Segurança da Gestante na Cesárea*: Uma análise da aplicação da LVSC em um Hospital Público do Distrito Federal, a ser aplicado no Centro Obstétrico de um hospital público do Distrito Federal.

A sua participação é extremamente importante e se dará após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Julgamento do instrumento de pesquisa dos itens referentes às três dimensões de Avaliação em Saúde (Indução Anestésica, Antes da Incisão Cirúrgica e Antes de sair da sala de operação), de acordo com o checklist de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde-OMS.

Lembramos que a sua participação é voluntária. Desse modo, V. S.^a poderá recusar-se ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer custo ou prejuízo à sua pessoa. Afirmamos que as informações obtidas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e a sua identidade não será revelada.

Esperamos que através da sua participação o referido instrumento seja validado, e posteriormente possa ser aplicado na terceira etapa desta pesquisa e em seguida disponibilizado para ser utilizado em todos os serviços de saúde que possuam Centro Obstétrico e que desejem promover uma assistência segura para as mulheres. Informamos que este Termo deverá ser preenchido e assinado em duas vias de igual teor e que uma delas será entregue à V. S.^a.

Eu..... (nome por extenso do (a) participante da pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido (a) e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Data: ___/___/___

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Eu, Lara Mabelle Milfont Boeckmann, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

Data: ___/___/___

Assinatura da pesquisadora

Caso necessite de maiores esclarecimentos, por favor, entre em contato com as pesquisadoras.

<p>Lara Mabelle Milfont Boeckmann E-mail: laramilfont@gmail.com Fone: (14) 3435.4517/8495.993</p>

<p>Dr^a Maria Cristina Soares Rodrigues (orientadora) E-mail: mcsoares@unb.br Fone: (61) 3107.1762 / 8237.8710</p>
--

APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os (as) profissionais médicos (as) e de enfermagem que compõe a equipe cirúrgica

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: Segurança da Gestante na Cesárea: Uma análise da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um Hospital Público do Distrito Federal

O nosso objetivo é analisar a realização da cesariana utilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS em um hospital público do Distrito Federal nos meses de março, abril, maio e junho de 2015.

Os benefícios previstos decorrentes desse estudo envolvem a elaboração e validação científica de um instrumento pautado nos itens da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS que possa ser utilizado no serviço e na unidade estudada, e que este instrumento sirva de melhoria para a implantação da cultura de segurança. Em adição, o diagnóstico descritivo da conformidade e não conformidade da Lista de Verificação poderá fornecer dados profícuos que possibilitem intervir de forma a qualificar a assistência à cesariana dentro do Centro Obstétrico.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A sua participação será através da autorização da observação não participante da pesquisadora no parto cesáreo.

Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a participar deste estudo, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a) no seu entendimento. Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no serviço de saúde estudado, podendo inclusive ser publicados em âmbito nacional e/ou internacional. Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Lara Mabelle Milfont Boeckmann, no Hospital Regional de Taguatinga. Telefone: 3353 1042, no horário comercial. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Eu, Lara Mabelle Milfont Boeckmann, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

Assinatura da pesquisadora. Data: ___/___/_____

Caso necessite de maiores esclarecimentos, por favor, entre em contato com as pesquisadoras.

Lara Mabelle Milfont Boeckmann
E-mail: laramilfont@gmail.com
Fone: (14) 3435.4517/8495.9936

Dr^a Maria Cristina Soares Rodrigues
(orientadora)
E-mail: mcsoares@unb.br
Fone: (61) 3107.1762 / 8237.8710

APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as usuárias do serviço de saúde

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “**Segurança da Gestante na Cesárea: Uma análise da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um Hospital Público do Distrito Federal**”.

O nosso objetivo é analisar a realização da cesariana utilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS em um hospital público do Distrito Federal.

Os benefícios previstos decorrentes desse estudo envolvem a elaboração e validação científica de um instrumento pautado nos itens da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS que possa ser utilizado no serviço e na unidade estudada, e que este instrumento sirva de melhoria para a implantação da cultura de segurança. Em adição, o diagnóstico descritivo da conformidade e não conformidade da Lista de Verificação poderá fornecer dados profícuos que possibilitem intervir de forma a qualificar a assistência à cesariana dentro do Centro Obstétrico.

A Senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através da autorização da observação não participante da pesquisadora no seu parto cesáreo.

Informamos que a Senhora pode se recusar a participar deste estudo, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora no seu entendimento. Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no serviço de saúde estudado, podendo inclusive ser publicados em âmbito nacional e/ou internacional.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Lara Mabelle Milfont Boeckmann, no Hospital Regional de Taguatinga. Telefone: 3353 1042, no horário comercial. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos da participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com a participante da pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Eu, Lara Mabelle Milfont Boeckmann, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

Assinatura da pesquisadora. Data: ___/___/_____

Caso necessite de maiores esclarecimentos, por favor, entre em contato com as pesquisadoras.

Lara Mabelle Milfont Boeckmann
E-mail: laramilfont@gmail.com
Fone: (14) 3435.4517/8495.9936

Dr^a Maria Cristina Soares Rodrigues
(orientadora)
E-mail: mcsoares@unb.br
Fone: (61) 3107.1762 / 8237.8710



APÊNDICE 5 – Instrumento para coleta do perfil sociodemográfico dos (as) juízes (as)

1. Idade: _____ anos.
2. Sexo: Masculino () / Feminino ()
3. Escolaridade: Graduação: _____
4. Pós-graduação: () / Especialização/residência () / Mestrado () / Doutorado () / Pós-Doutorado ()
5. Categoria profissional: _____
6. Cidade e estado em que reside: _____
7. Área de atuação:
 - 7.1. Assistência ()
 - 7.2. Ensino: graduação () / pós-graduação *stricto sensu* () / pós-graduação *lato sensu* () / programa de residência ()
 - 7.3. Pesquisa ()
 - 7.4. Extensão ()
8. Instituição: _____
9. Tempo de atuação na instituição: _____ anos.
10. Tempo de formação superior: _____ anos
11. Tempo de atuação no cargo/função atual: _____ anos.
12. Tempo de atuação na área de:
 - 12.1. Qualidade dos serviços de saúde e segurança do paciente () _____ anos
 - 12.2. Obstetrícia () _____ anos
 - 12.3. Anestesiologia () _____ anos

APÊNDICE 6 - Carta-convite para participar da análise de conteúdo

Gostaríamos de agradecer a sua valiosa participação como *expert* juiz (a), para analisar e julgar os itens que compõem o instrumento de pesquisa denominado “Instrumento de Segurança Cirúrgica na Cesárea”.

Previamente à elaboração do instrumento, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a temática e o estudo detalhado dos referenciais teóricos principais que lhe serviram de base, como o protocolo de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Manual de Segurança Cirúrgica da OMS e o *Checklist* de Segurança Cirúrgica da OMS, e o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde.

Após estudo detalhado destas referências, formulou-se um Instrumento de Avaliação (AI) composto por 24 itens estruturados em uma escala pontuada de 1 a 4, para análise de juízes que julgarão o instrumento segundo critérios de análise de conteúdo. A metodologia para validação empregada seguirá o modelo de elaboração de escalas psicológicas descritas por Luiz Pasquali (2007).

O instrumento será testado e validado para posterior aplicação no Centro Obstétrico de um hospital público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e faz parte da pesquisa de doutorado intitulada “**Segurança da Gestante na Cesárea: Uma análise da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um Hospital Público do Distrito Federal**”.

V.S.^a terá um prazo de 15 dias para responder a análise deste instrumento a partir da data do recebimento do mesmo.

Segue neste documento, para preenchimento do (a) juiz (a), o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o perfil sociodemográfico dos (as) juízes e, em seguida, as orientações (guia) para a avaliação dos itens do instrumento.

Qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável conforme os seguintes contatos referidos a seguir.

Lara Mabelle Milfont Boeckmann
(Pesquisadora Responsável)
E-mail: laramilfont@gmail.com
Fone: (14) 3435.4517/8495.9936

Dr^a Maria Cristina Soares
Rodrigues (Orientadora)
E-mail: mcsoares@unb.br
Fone: (61) 3107.1762 / 8237.8710

APÊNDICE 6.1 - Orientações para análise de conteúdo do instrumento

Prezado (a) Juiz (a)

Seguem orientações para preenchimento dos campos de avaliação do “Instrumento de Segurança Cirúrgica na Cesárea”.

- O questionário deverá ser respondido individualmente.
- Se julgar necessário incluir um item, excluir um item, ou julgar que um item necessita de correções, especifique na área abaixo de cada tabela “**Se Sugestões/justificativas do (a) Juíz (a) para o (s) item (s) ”**”.
- Para a avaliação dos itens serão utilizados 8 (oito) atributos que têm a finalidade de qualificar cada item. Para definir o significado e o sentido de cada atributo, foram adotados conceitos de acordo com Pasquali (2007), conforme o quadro a seguir:

Objetividade: permite resposta pontual.
Simplicidade: expressa uma única ideia.
Clareza: está explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
Relevância: está descrito de forma pertinente e consistente.
Precisão: cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
Credibilidade: está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.
Variedade: os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.
Comportamental: o item deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa.

Ainda, quanto à avaliação dos itens, será utilizada uma escala psicométrica (Pasquali, 2007) que terá como objetivo atribuir valores numéricos aos itens, conforme se segue: 4=Item relevante ou representativo; 3=Item necessita de pequena revisão para ser representativo; 2=Item necessita de grande revisão para ser representativo; 1=Irrelevante; Em caso de dúvida favor contatar as pesquisadoras:

Lara Mabelle Milfont Boeckmann
E-mail: laramilfont@gmail.com
Fone: (14) 3435.4517/8495.9936

Dr^a Maria Cristina Soares Rodrigues
(orientadora)
E-mail: mcsoares@unb.br
Fone: (61) 3107.1762 / 8237.8710

APÊNDICE 6.2 - Julgamento da valoração dos atributos: itens referentes à dimensão “A”: antes da indução anestésica

Coloque o número no espaço de cada atributo:

(4)- Item relevante ou representativo/ (3)- Item necessita de pequena revisão para ser representativo/ (2)- Item necessita de grande revisão para ser representativo/(1)- Irrelevante ou não representativo.

“A”: Antes da indução anestésica: Itens para avaliação		Critérios para avaliação de conteúdo			
Item A1	Foram confirmados: a identidade da paciente, o procedimento e o sítio cirúrgico	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item A2	Os consentimentos da paciente para o parto cesáreo e anestesia foram confirmados	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item A3	Todos os equipamentos foram verificados e estão em funcionamento adequado, incluindo o bisturi elétrico.	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item A4	A conexão do monitor multiparamétrico, incluindo oxímetro de pulso foi testada na paciente para verificar o seu funcionamento	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item A5	Foi investigado se a paciente possui algum tipo de alergia conhecida	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item A6	O anestesista verificou se há via aérea difícil e risco de aspiração. Se sim, solicitou equipamentos/assistência disponíveis	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item A7	O acesso endovenoso foi checado se está adequado e em funcionamento	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item A8	Foi verificado se há risco de perda sanguínea >500 mL. Se sim, é verificado planejamento para hemocomponentes e derivados	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()

Os itens possuem clareza e são apropriados para o alcance do objetivo? () Sim () Não

Se Sugestões/justificativas do (a) Juíz(a) para o (s) item(s):

APÊNDICE 6.3 - Julgamento da valoração dos atributos da lista de verificação: Itens referentes à dimensão “B”: antes da incisão cirúrgica.

Coloque o número correspondente no espaço de cada atributo:

(4)- Item relevante ou representativo/ (3)- Item necessita de pequena revisão para ser representativo/ (2)- Item necessita de grande revisão para ser representativo/(1)- Irrelevante ou não representativo.

“B”-Antes da incisão cirúrgica – Pausa Cirúrgica: Itens para avaliação		Critérios para avaliação de conteúdo			
Item B09	Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B10	A equipe confirma verbalmente a identificação da paciente, sítio cirúrgico e procedimento	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B11	O obstetra prevê etapas críticas, os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea. Se sim, revisa verbalmente o planejamento realizado	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B12	Eventuais complicações anestésicas foram previstas pelo anestesiolologista? Se sim, revisa verbalmente o planejamento realizado	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B13	A equipe de enfermagem revisa os materiais necessários, se todos estão presentes	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B14	São revisados pela equipe de enfermagem se todos os materiais estão dentro do prazo de esterilização (incluindo resultados do indicador)	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B15	Questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações que devam ser resolvidas foram levantadas pela equipe de enfermagem	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B16	A colocação da placa de bisturi pelo circulante de sala à paciente foi comunicada à equipe	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B17	A equipe de enfermagem conta as compressas, confere número de instrumentais e agulhas antes da incisão	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B 18	A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos 60 minutos anteriores ao parto cesáreo	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item B19	A quimioprofilaxia anti-HIV endovenosa para gestante soropositiva foi realizada até o clampeamento do cordão umbilical	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()

Os itens possuem clareza e são apropriados para o alcance do objetivo? () Sim () Não

Se Sugestões/justificativas do (a) Juíz(a) para o (s) item(s):

APÊNDICE 6.4 - Julgamento da valoração dos atributos: Itens referente à dimensão “C”: antes de a paciente sair da sala de operação
Coloque o número no espaço de cada atributo:

(4)- Item relevante ou representativo/ (3)- Item necessita de pequena revisão para ser representativo/ (2)- Item necessita de grande revisão para ser representativo/(1)- Irrelevante ou não representativo.

“C”- Antes de a paciente sair da sala de operação: Itens para avaliação		Critérios para avaliação de conteúdo			
Item C20	Confirmado verbalmente o registro do procedimento realizado pelo obstetra, anesthesiologista e enfermagem	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item C21	A equipe confirmou verbalmente se a contagem de instrumentais cirúrgicos e agulhas é igual à do início da cesárea	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item C22	A contagem de compressas foi comunicada pela enfermagem, se é igual à do início da cesárea	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item C23	O profissional de enfermagem confirma verbalmente a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica quando obtida durante o procedimento	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade ()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()
Item C24	A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo da paciente no pós-parto como, dor, hidratação, curativo, entre outros	Objetividade ()	Clareza ()	Precisão ()	Variedade()
		Simplicidade ()	Relevância ()	Credibilidade ()	Comportamental()

Os itens possuem clareza e são apropriados para o alcance do objetivo? () Sim () Não

Se Sugestões/justificativas do (a) Juíz(a) para o (s) item(s):

APÊNDICE 7 - Roteiro para condução da técnica de *brainstorming*

1. Iniciar a sessão esclarecendo os objetivos do estudo e da técnica de *brainstorming*.
2. Orientar e apresentar o instrumento a ser analisado quanto a sua clareza e pertinência das ações para o propósito que se referem.
3. Apresentar item por item do instrumento utilizando recurso de áudio visual (Data Show).
4. Direcionar os participantes para o fluxo de ideias acerca de cada item analisado.
5. Estimular que todos os participantes dêem suas ideias acerca dos 26 itens que compõem o instrumento.
6. Os participantes do grupo devem dar uma opinião a cada rodada. São feitas rodadas consecutivas até que ninguém tenha mais nada a acrescentar.
7. Utilizar o consenso do grupo para cada item.
8. A votação deve ser usada apenas quando o consenso não for possível.

 Universidade de Brasília FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM						
APÊNDICE 8 – Análise Semântica: instrumento de segurança cirúrgica na cesárea						
Este instrumento possui três dimensões de análise: “A”, “B” e “C” distribuída em 26 itens. Quanto à avaliação dos itens, você utilizará uma escala psicométrica que terá como objetivo julgar cada item ao atribuir valores numéricos aos mesmos, conforme se segue:						
Nada importante (1) Pouco importante (2) Medianamente importante (3) Extremamente importante (4) Indispensável (5)						
“A”: Antes da Indução Anestésica (Identificação)					Parecer dos Profissionais	
Nº	ITEM	ESCALA				
A1	<input type="checkbox"/> Paciente confirmou identidade (pulseira de identificação e prontuário)	1	2	3	4	5
A2	<input type="checkbox"/> Paciente confirmou Procedimento	1	2	3	4	5
A3	<input type="checkbox"/> Paciente confirmou Sítio Cirúrgico	1	2	3	4	5
A4	<input type="checkbox"/> Os Termos de Consentimento Informados (parto e anestesia) foram assinados pela paciente	1	2	3	4	5
A5	<input type="checkbox"/> Os equipamentos: fontes de gases, aparelho de anestesia, monitor multiparamétrico, bisturi elétrico, aspiradores e focos foram verificados, testados e/ ou repostos.	1	2	3	4	5
A6	<input type="checkbox"/> Medicamentos e materiais para cesárea foram verificados, conferidos e ou repostos.	1	2	3	4	5
A7	<input type="checkbox"/> A checagem para segurança anestésica foi concluída.	1	2	3	4	5
A8	A paciente possui alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	1	2	3	4	5
A9	O anestesista avaliou se há via aérea difícil/risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e solicitou equipamentos/assistência disponíveis?	1	2	3	4	5
A10	<input type="checkbox"/> Verificado acesso venoso adequado (local da punção, calibre e permeabilidade)	1	2	3	4	5
A11	Há risco significativo de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e planejamento para fluidos e /ou hemocomponentes e/ou derivados.	1	2	3	4	5
“B”: Antes da Incisão Cirúrgica (Confirmação)					Parecer dos Profissionais	
Nº	ITEM	ESCALA				
B12	<input type="checkbox"/> Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função	1	2	3	4	5
B13	<input type="checkbox"/> Obstetras, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: identificação, sítio cirúrgico e procedimento	1	2	3	4	5
B14	Eventos críticos previstos e planejamentos: <input type="checkbox"/> Os obstetras revisam se há etapas críticas, duração da cesárea e perda sanguínea prevista?	1	2	3	4	5
B15	Eventos críticos previstos e planejamentos: <input type="checkbox"/> A equipe de anesthesiologia revisa se há alguma preocupação específica em relação a paciente.	1	2	3	4	5
B16	Eventos críticos previstos e planejamentos:	1	2	3	4	5

	<input type="checkbox"/> A enfermagem revisa se os instrumentais e compressas estão presentes e dentro do prazo de esterilização, incluindo resultado do indicador.					
B17	Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	1	2	3	4	5
B18	A placa de bisturi foi colocada e comunicada à equipe? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	1	2	3	4	5
B19	<input type="checkbox"/> A equipe de enfermagem conta as compressas, confere o número de instrumentais e de agulhas antes da incisão.	1	2	3	4	5
B20	<input type="checkbox"/> A realização da profilaxia antimicrobiana 1 hora antes da cesariana foi confirmada.	1	2	3	4	5
“C”: Antes de a Paciente sair da Sala de Operações (Registro)		Parecer dos Profissionais				
Nº	ITEM	ESCALA				
C21	<input type="checkbox"/> As pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido foram colocadas e checadas conforme norma do serviço.	1	2	3	4	5
C22	<input type="checkbox"/> O profissional de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente qual foi o procedimento cirúrgico realizado.	1	2	3	4	5
C23	<input type="checkbox"/> O profissional de enfermagem ou o obstetra confirma verbalmente se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.	1	2	3	4	5
C24	Houve amostra para anatomia patológica proveniente da cesárea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e foi armazenada e rotulada conforme normas do serviço.	1	2	3	4	5
C25	A enfermagem identifica se há algum problema com equipamento para ser resolvido? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	1	2	3	4	5
C26	<input type="checkbox"/> A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo da paciente no pós-parto.	1	2	3	4	5
Assinatura e carimbo do Conductor da Lista de Verificação: _____						
Nº do Conselho Regional: _____ Data: ____/____/____						

APÊNDICE 9 – Instrumento de segurança cirúrgica na cesárea (Lista de Verificação)

Cesárea de número: _____ Dia da semana: _____

 Turno da coleta: matutino vespertino noturno

Equipe cirúrgica: _____

Este instrumento possui três dimensões de análise: “A”, “B” e “C”. O objetivo principal é verificar se a realização da cesariana está em conformidade ou não conformidade com o instrumento baseado na lista de verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

Na escala binária a seguir, deverá ser marcada a opção (1) para o item que estiver em conformidade e a opção (2) para o item que não estiver em conformidade.

**“A”: Antes da Indução Anestésica
(Identificação)**

Nº	ITEM	ESCALA	
A1	<input type="checkbox"/> Paciente confirmou identidade (pulseira de identificação e prontuário)	(1)	(2)
A2	<input type="checkbox"/> Paciente confirmou Procedimento	(1)	(2)
A3	<input type="checkbox"/> Paciente confirmou Sítio Cirúrgico	(1)	(2)
A4	<input type="checkbox"/> Os Termos de Consentimento Informados (parto e anestesia) foram assinados pela paciente	(1)	(2)
A5	<input type="checkbox"/> Os equipamentos: fontes de gases, aparelho de anestesia, monitor multiparamétrico, bisturi elétrico, aspiradores e focos foram verificados, testados e/ ou repostos.	(1)	(2)
A6	<input type="checkbox"/> Medicamentos e materiais para cesárea foram verificados, conferidos e ou repostos.	(1)	(2)
A7	<input type="checkbox"/> A checagem para segurança anestésica foi concluída.	(1)	(2)
A8	A paciente possui alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	(1)	(2)
A9	O anestesista avaliou se há via aérea difícil/risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e solicitou equipamentos/assistência disponíveis?	(1)	(2)
A10	<input type="checkbox"/> Verificado acesso venoso adequado (local da punção, calibre e permeabilidade)	(1)	(2)
A11	Há risco significativo de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e planejamento para fluidos e /ou hemocomponentes e/ou derivados.	(1)	(2)

**“B”: Antes da Incisão Cirúrgica
(Confirmação)**

Nº	ITEM	ESCALA	
B12	<input type="checkbox"/> Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função	(1)	(2)
B13	<input type="checkbox"/> Obstetras, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: identificação, sítio cirúrgico e procedimento	(1)	(2)
B14	Eventos críticos previstos e planejamentos: <input type="checkbox"/> Os obstetras revisam se há etapas críticas e duração da cesárea.	(1)	(2)
B15	Eventos críticos previstos e planejamentos: <input type="checkbox"/> A equipe de anestesiologia revisa se há alguma preocupação específica em relação a paciente.	(1)	(2)
B16	Eventos críticos previstos e planejamentos: <input type="checkbox"/> A enfermagem revisa se os instrumentais e compressas estão presentes e	(1)	(2)

	dentro do prazo de esterilização, incluindo resultado do indicador.		
B1 7	Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	(1)	(2)
B1 8	A placa de bisturi foi colocada e comunicada à equipe? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	(1)	(2)
B1 9	<input type="checkbox"/> A equipe de enfermagem conta as compressas, confere o número de instrumentais e de agulhas antes da incisão.	(1)	(2)
B2 0	<input type="checkbox"/> A realização da profilaxia antimicrobiana 1 hora antes da cesariana foi confirmada.	(1)	(2)
“C”: Antes de a Paciente sair da Sala de Operações (Registro)			
Nº	ITEM	ESCALA	
C21	<input type="checkbox"/> As pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido foram colocadas e checadas conforme norma do serviço.	(1)	(2)
C2 2	<input type="checkbox"/> O profissional de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente qual foi o procedimento cirúrgico realizado.	(1)	(2)
C2 3	<input type="checkbox"/> O profissional de enfermagem ou o obstetra confirma verbalmente se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.	(1)	(2)
C2 4	Houve amostra para anatomia patológica proveniente da cesárea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e foi armazenada e rotulada conforme normas do serviço.	(1)	(2)
C2 5	A enfermagem identifica se há algum problema com equipamento para ser resolvido? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?	(1)	(2)
C2 6	<input type="checkbox"/> A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo da paciente no pós-parto.	(1)	(2)
Assinatura e carimbo do Conductor da Lista de Verificação: _____ Nº do Conselho Regional: _____ Data: ____/____/____			

APÊNDICE 10 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na Cesárea

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NA CESÁREA		
Antes da Indução Anestésica (Identificação)	Antes da Incisão cirúrgica (Confirmação)	Antes de a paciente sair da sala de operações (Registro)
<p>Paciente confirmou:</p> <p><input type="checkbox"/> identidade (pulseira de identificação e prontuário)</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Os Termos de Consentimento Informados (parto e anestesia) foram assinados pela paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Os equipamentos: fontes de gases, aparelho de anestesia, monitor multiparamétrico, bisturi elétrico, aspiradores e focos foram verificados, testados e/ou repostos.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos e materiais para cesárea foram verificados, conferidos e ou repostos.</p> <p><input type="checkbox"/> A checagem para segurança anestésica foi concluída.</p> <p>A paciente possui alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?</p> <hr/> <p>O anestesista avaliou se há via aérea difícil/risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e solicitou equipamentos/assistência disponíveis.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificado acesso venoso adequado (local da punção, calibre e permeabilidade)</p> <p>Há risco significativo de perda sanguínea?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e planejamento para fluidos e /ou hemocomponentes e/ou derivados.</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função.</p> <p><input type="checkbox"/> Obstetras, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: identificação, sítio cirúrgico e procedimento.</p> <p>Eventos críticos previstos e planejamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> Os obstetras revisam se há etapas críticas e duração da cesárea.</p> <p>Eventos críticos previstos e planejamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> A equipe de anesthesiologia revisa se há alguma preocupação específica em relação a paciente.</p> <p>Eventos críticos previstos e planejamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> A enfermagem revisa se os instrumentais e compressas estão presentes e dentro do prazo de esterilização, incluindo resultado do indicador.</p> <p>Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?</p> <p>A placa de bisturi foi colocada e comunicada à equipe?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> A equipe de enfermagem conta as compressas, confere o número de instrumentais e de agulhas antes da incisão.</p> <p><input type="checkbox"/> A realização da profilaxia antimicrobiana 1 hora antes da cesariana foi confirmada.</p>	<p><input type="checkbox"/> As pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido foram colocadas e checadas conforme norma do serviço.</p> <p><input type="checkbox"/> O profissional de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente qual foi o procedimento cirúrgico realizado.</p> <p><input type="checkbox"/> O profissional de enfermagem ou o obstetra confirma verbalmente se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.</p> <p>Houve amostra para anatomia patológica proveniente da cesárea?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e foi armazenada e rotulada conforme normas do serviço.</p> <p>A enfermagem identifica se há algum problema com equipamento para ser resolvido?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual?</p> <p><input type="checkbox"/> A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo da paciente no pós-parto.</p>

BOECKMANN, L. M. M; RODRIGUES, M. C. Adaptação e validação de Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na Cesárea. Brasília, 2016. Não há restrição quanto ao uso desta lista de verificação desde que citadas as autoras.

APÊNDICE 11 – Artigo intitulado “Segurança Cirúrgica na Cesárea: revisão integrativa”.
Publicado na revista *Cogitare Enfermagem*. 2015 Out/dez; 20(4): 758-766.

SEGURANÇA CIRÚRGICA NA CESÁREA: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO: Objetivou-se reunir e analisar publicações científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea com a seguinte questão: quais as evidências científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea nos últimos dez anos? Realizou-se revisão integrativa da literatura, em sete bases eletrônicas, de outubro a dezembro de 2014: *The US National Library of Medicine*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Medical Literature analysis and Retrieval System Online*, *Cochrane Library*, Base de dados em Enfermagem e *Scientific Electronic Library Online*. Foram encontrados 463 artigos, dos quais 11 foram selecionados para análise, emergindo dois eixos temáticos: promoção da segurança da paciente na cesárea por meio da lista de verificação de segurança cirúrgica e recomendações para melhorar a qualidade da assistência na cesárea. Para concluir, foram encontradas poucas publicações com alto nível de evidência, havendo a necessidade da realização de mais estudos, notadamente por enfermeiros.

DESCRITORES: Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente; Cesárea; Lista de Checagem.

SURGICAL SAFETY IN CESAREAN SECTION: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Our goal was to gather and analyze scientific publications on surgical safety in cesarean deliveries through the following question: What is the scientific evidence for surgical safety in cesarean deliveries in the last 10 years? An integrative review of the literature was carried out in seven electronic databases between October and December 2014. We consulted the US National Library of Medicine, the Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, the Medical Literature analysis and Retrieval System Online, the Cochrane Library, and the Nursing Database and Scientific Electronic Library Online. Four hundred and sixty-three articles were found, of which 11 were selected for analysis, and two central themes emerged: promotion of patient safety in cesarean deliveries by means of the surgical safety checklist and recommendations to improve quality of care in cesarean deliveries. Finally, few publications with high levels of evidence were found, which suggests the need for further studies to be carried out, particularly by nurses.

DESCRIPTORS: Quality of health care, Patient Safety, Cesarean Delivery, Checklist.

SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN LA CESÁREA: REVISIÓN INTEGRATIVA

RESUMEN: Estudio cuyo objetivo fue reunir y analizar publicaciones científicas acerca de la seguridad quirúrgica en la cesárea con la siguiente cuestión: ¿Cuáles son las evidencias científicas sobre seguridad quirúrgica en la cesárea en los últimos diez años? Se realizó revisión integrativa de la literatura, en siete bases electrónicas, de octubre a diciembre de 2014: *The US National Library of Medicine*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, *Medical*

Literature Analysis and Retrieval System Online, Cochrane Library, Base de datos en Enfermería y Scientific Eletronic Library Online. Fueron encontrados 463 artículos, de los cuales 11 fueron seleccionados para análisis, resultando dos ejes temáticos: promoción de la seguridad de la paciente en la cesárea por medio de la lista de verificación de seguridad quirúrgica y recomendaciones para mejorar la cualidad de la asistencia en la cesárea. Para concluir, fueron encontradas pocas publicaciones con alto nivel de evidencia, siendo necesaria la realización de más estudios, de modo especial por enfermeros.

DESCRIPTORES: Calidad de la Asistencia a la Salud; Seguridad del Paciente; Cesárea; Lista de Verificación.

INTRODUÇÃO

O aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a inovação e o desenvolvimento tecnológico têm aumentado a frequência de cesáreas em várias partes do mundo. Essa evolução permitiu que a cesárea se tornasse uma das cirurgias mais difundidas. No entanto, todas as operações cirúrgicas possuem riscos, entre esses, os que mais se destacam são hemorragia, infecção pós-parto e complicações da anestesia, além de maior probabilidade de complicações em virtude de cesáreas repetidas⁽¹⁻²⁾.

Dados nacionais indicam que, ao ano, ocorrem cerca de três milhões de nascimentos, sendo grande parte deles por meio de cesáreas. A utilização desta intervenção cirúrgica aumentou no país de 1994 a 2010. Em 1994, a taxa nacional era de 32%, sendo que em 2010 alcançou 52%. Também há uma tendência crescente em países como Holanda e Estados Unidos da América (EUA)⁽³⁻⁵⁾. Entretanto, a cesárea implica em maior exposição a riscos inerentes à própria cirurgia.

Para minimizar riscos tem-se discutido protocolos de segurança cirúrgica em diversos países e em todos os tipos de cirurgias. Contudo, não é mais possível obter um bom funcionamento dos serviços de saúde sem investimentos na qualidade, prevenção de danos à saúde, humanização, gestão e no tratamento dispensado a usuários e profissionais envolvidos⁽⁶⁾.

Nesse sentido, as discussões em torno da segurança do paciente tem assumido grande notoriedade, tendo em vista que muitos dos eventos danosos, também denominados Eventos Adversos (EA), podem ser prevenidos ou sanados por meio de condutas que garantam boas práticas pautadas em evidências científicas⁽⁷⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que um EA é uma ocorrência advinda do cuidado que resultou em danos a um paciente. A cada ano, cerca de 234 milhões de cirurgias são realizadas no mundo e em torno de sete milhões de pacientes apresentam

incidentes, dos quais dois milhões resultam em mortes, quando 50% desses eventos poderiam ser prevenidos⁽⁸⁾.

Em pesquisa conduzida em dois hospitais brasileiros, dos 1.103 pacientes estudados, 56 sofreram EA. As infecções associadas aos cuidados da saúde e as complicações cirúrgicas e/ou anestésicas representaram 44,6% dos danos, considerado o maior percentual em relação a outros fatores⁽⁹⁾. Outro estudo conduzido em 2008 revelou que um em cada 150 pacientes hospitalizados morre em decorrência de um incidente, e que quase dois terços dos EA foram relacionados à assistência cirúrgica⁽¹⁰⁾.

Somam-se outras razões para ocorrência de efeitos adversos na cirurgia, como a precária comunicação e distração entre a equipe multiprofissional, a não conferência da identificação do paciente e de materiais durante a assistência, entre outros, que constituem indicadores importantes para elevar a propensão de erros⁽¹¹⁾.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança, a prática dos registros em saúde, a discussão das circunstâncias em que os EA ocorreram, assim como, repensar as condutas profissionais e organizacionais frente aos incidentes são um caminho a ser seguido para a transformação da realidade nas instituições de saúde⁽¹²⁾.

Diante do exposto, há uma tendência mundial para adotar práticas baseadas em evidências científicas recomendadas internacionalmente pela OMS. Assim, as pressões para proporcionar melhorias tangíveis na segurança e qualidade têm crescido entre líderes do sistema de saúde e formuladores de políticas, que estão buscando a melhor forma de organizar os serviços e equilibrar esta demanda⁽¹³⁾.

A fim de adotar estratégias que envolvam a segurança do paciente na área cirúrgica, em 2008 a OMS divulgou uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), desenvolvida dentro de padrões internacionalmente aceitos de evidência científica, podendo ser adaptada à realidade de cada serviço e em vários países⁽⁸⁾.

A aplicação da LVSC demonstrou resultados satisfatórios em relação à diminuição de complicações e riscos cirúrgicos. Em estudo piloto pré e pós-intervenção da OMS, utilizando a lista de verificação em oito hospitais de oito cidades do mundo, os resultados demonstraram redução das taxas de mortes e das complicações entre pacientes que se submeteram a vários tipos de cirurgia⁽¹⁴⁾.

Em 2011, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas elaborou uma lista de verificação sucinta de segurança cirúrgica para a cesárea, iniciativa que contemplou alguns itens de segurança, como por exemplo, a solicitação do consentimento informado para a cesariana, indicação e quantidade de ecografias gestacionais realizadas, entre outros itens⁽¹⁵⁾.

Embora aparentemente simplista, a evidência suporta o fato que a paciente se beneficia de *checklists* bem desenhados quando utilizados de forma eficaz. Uma implementação eficiente requer treinamento e mudança na cultura de segurança, bem como o estabelecimento de uma rotina de controle, medição e *feedback* regular dos resultados⁽¹⁶⁾.

No Brasil, a implantação de uma adaptação da LVSC da OMS em uma maternidade trouxe benefícios significativos que resultaram na adesão da direção para estabelecer a utilização da lista como rotina mandatória nas cirurgias ginecológicas eletivas. Diante disso, foram realizadas ações de sensibilização com as equipes do centro cirúrgico, por meio de reuniões educativas, buscando prepará-las para a sua utilização⁽¹⁷⁾.

Assim, os referidos estudos evidenciam a importância da segurança cirúrgica, uma vez que essa possa oferecer benefícios potenciais para a melhoria do cuidado prestado. Nesse entendimento, surgiu o interesse em reunir evidências científicas sobre a temática segurança cirúrgica na cesárea, considerando que é uma das cirurgias mais realizadas mundialmente e que há um movimento atual de readequação dos serviços de atenção obstétrica às práticas de segurança do paciente.

Assim, objetivou-se reunir e analisar publicações científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea com a seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas sobre segurança cirúrgica na cesárea nos últimos dez anos?

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura que se propôs a investigar criteriosamente as produções científicas disponíveis sobre segurança cirúrgica na cesárea. A revisão integrativa da literatura permite a construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, o que facilita a incorporação de evidências que fundamentam as condutas ou tomada de decisão, proporcionando um saber crítico⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Para realização da revisão, foram seguidas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca de publicações científicas em bases eletrônicas de dados, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa⁽¹⁹⁾.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, em bases de dados nacionais e internacionais, revisados por pares, que abordassem a temática segurança cirúrgica na cesárea, sem delimitação da categoria do manuscrito, disponíveis on-line e na íntegra, no período compreendido entre 2005 e 2014. Foram

excluídas publicações que não se encontravam disponíveis em texto completo e/ou em idioma não definidos nos critérios de inclusão e/ou fora do período delimitado para a pesquisa e/ou que não abordavam a temática definida.

Na busca dos artigos foram consultadas sete bases eletrônicas de dados: *The US National Library of Medicine (PubMed)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Medical Literature analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *Cochrane Library*, *Base de dados em Enfermagem (BDENF)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2014.

Os seguintes descritores e suas combinações foram utilizados empregando-se o operador booleano “and” nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, respectivamente: “segurança do paciente” and “cesárea” and “lista de checagem” and “qualidade da assistência à saúde”; “*patient safety*” and “*cesarean section*” and “*checklist*” and “*quality of health care*”; “*seguridad del paciente*” and “*cesárea*” and “*lista de verificación*” and “*calidad de la atención de salud*”.

A análise e síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão⁽¹⁹⁾.

Para tratamento e categorização dos resultados foi empregado o sistema de hierarquia dos níveis de evidências: nível I – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; nível III – evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; nível IV – estudos de coorte e caso-controle; nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI – evidências derivadas de um estudo descritivo e/ou qualitativos; nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

Na pesquisa indexada em bases eletrônicas foram encontrados 463 artigos com resumo. Após leitura criteriosa dos títulos e dos resumos dos periódicos e ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, excluíram-se 452 artigos por não estarem em conformidade com o tema, com o período delimitado, idiomas definidos e não disponibilizados na íntegra. Foram selecionadas 11 publicações, lidas detalhadamente e analisadas, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Publicações distribuídas por quantitativo, segundo base eletrônica consultada. Brasília, DF, Brasil, 2014

Base de Dados Eletrônica	Número de Artigos Encontrados	Número de Artigos Selecionados
Cochrane Library	3	1
PubMed	348	6
SciELO	6	0
LILACS	34	1
MEDLINE	49	1
CINAHL	23	2
BDEF	0	0
Total	463	11

A síntese dos estudos analisados é apresentada nos Quadros 1 e 2, com a análise distribuída em ordem crescente conforme o ano de publicação, utilizando-se onze variáveis que foram escolhidas de itens contidos em um instrumento validado para revisão integrativa: título, autoria, área profissional dos autores, ano, periódico, tipo do estudo, base de dados, idioma, país, resultados e nível de evidência⁽²¹⁾.

Quadro 1 - Publicações distribuídas por variável de análise. Brasília, DF, Brasil, 2014

Títulos das publicações	Autoria/Ano/ Área profissional	Periódico/ Tipo do estudo	Base de dados/Idioma/ País
Um <i>Checklist</i> de estilo da aviação para condução da cesariana sob anestesia geral é uma ameaça para a segurança do paciente?	Schwarz SKW, 2006. Anestesiologia/ Obstetrícia/ Ginecologia	Anesth Analg. Cartas para o editor	PubMed / Inglês/ Holanda
Resultados melhorados, cesáreas e litígios reduzidos decorrentes de um novo paradigma em segurança do paciente	Clark SL et al., 2008. Obstetrícia/ Ginecologia	Am J Obstet Gynecol. Opinião de especialistas	CINAHL/ Inglês/ Estados Unidos
Segurança do paciente em Obstetrícia e Ginecologia	American College of Obstetricians & Gynecologists, 2009. Obstetrícia/Ginecologia	Gynecol Obstet. Opinião de especialistas	PubMed / Inglês/ Estados Unidos
Segurança do paciente no ambiente cirúrgico	American College of Obstetricians & Gynecologists, 2010. Obstetrícia/Ginecologia	Gynecol Obstet. Opinião de especialistas	PubMed / Inglês/ Estados Unidos
A introdução de um <i>Checklist</i> de segurança cirúrgica em um centro obstétrico de referência	Kearns RJ et al., 2011. Anestesiologia	BMJ Qual Saf. Estudo descritivo	CINAHL/ Inglês/ Reino Unido
O uso do <i>Checklist</i> de segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde melhora a comunicação entre obstetras e anestesistas?	Mohammed A et al., 2012. Cirurgia/Obstetrícia/ Ginecologia	BJOG. Estudo descritivo	PubMed/ Inglês/ Inglaterra
Proteger a segurança do paciente em locais com poucos recursos	Galadanci HS, 2013. Obstetrícia/ ginecologia	Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Revisão Sistemática	PubMed/ Inglês/ Nigéria
Lista de verificação de segurança cirúrgica em obstetrícia e ginecologia	Singh SS et al., 2013. Obstetrícia/ Ginecologia	J Obstet Gynaecol Can. Reflexão	PubMed / Inglês/ Canadá
Implementação das recomendações de diretrizes internacionais baseadas em evidências sobre cesarianas na Holanda	Melman et al., 2013. Obstetrícia/ Ginecologia	Implement Sci. Ensaio clínico controlado randomizado	MEDLINE/ Inglês/ Holanda
Lista de verificação para cesáreas e partos	Rosado JP et al., 2013. Pediatria	Medwave. Carta aos editores	LILACS/ Espanhol/ Espanha
Antibiótico profilaxia versus não profilaxia para prevenção de infecção depois da cesárea	Smaill FM, Grivell RM, 2014. Patologia e Medicina molecular	Cochrane Libr Revisão sistemática	Cochrane Library/Inglês/ Reino Unido

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 2 - Publicações distribuídas por variável de análise. Brasília, DF, Brasil, 2014

Autoria	Resultados	Nível de evidência
Schwarz SKW	O autor refere que em recente revisão sistemática há fortes recomendações para remover drogas potencialmente perigosas, em caso de anestesia geral para a cesárea, a fim de minimizar erros e danos.	VII
Clark SL et al.	A preocupação com a segurança do paciente, por meio da aplicação de listas de verificações na área de obstetrícia, tem demonstrado resultados satisfatórios que conduzem a redução de cesáreas, diminuição de processos judiciais e melhoria da qualidade da assistência.	VII
American College of Obstetricians & Gynecologists	Estabelece os objetivos para segurança do paciente, que envolve comunicação, práticas de medicações seguras, criação de comitê para promover a cultura de segurança e evitar erros cirúrgicos.	VII
American College of Obstetricians & Gynecologists	É apontada a necessidade de protocolos para o parto cirúrgico, uma vez que reduzem a possibilidade de erros em caso de emergências obstétricas, como transfusões sanguíneas, entre outras.	VII
Kearns et al.	Após a introdução do <i>checklist</i> no centro obstétrico houve melhoras significativas na comunicação da equipe e redução da ansiedade nas pacientes.	VI
Mohammed A et al.	Os dados da pesquisa revelaram que, após a introdução da lista de verificação cirúrgica da OMS, a comunicação entre obstetras e anestesistas melhorou significativamente.	VI
Galadanci HS	O estudo revelou que, para melhorar a segurança do paciente em países em desenvolvimento, é necessário melhorar a qualidade da infraestrutura dos serviços de saúde e o processo da assistência em saúde.	V
Singh SS et al.	Revelou a importância das recomendações para implementação do <i>Checklist</i> da OMS adaptado, para todos os procedimentos na cesárea voltados para genitora e recém-nascido, a fim de promover qualidade e segurança cirúrgica.	VII
Melman et al.	Critérios de qualidade adotados em forma de protocolo nos hospitais revelaram maior segurança e uma redução de cesáreas melhorando a assistência obstétrica.	II
Rosado, JP	O autor propõe um modelo no formato de lista de verificação tanto para o parto normal, quanto para a cesárea, uma vez que já demonstrou ser eficaz em diversos estudos realizados.	VII
Smaill FM & Grivell RM	O estudo demonstrou que o uso de antibióticos profilaticamente previamente a cesárea reduz a incidência de infecção.	I

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a análise das variáveis mencionadas, observou-se que a base eletrônica PubMed destacou-se com a maioria das publicações, no total de seis manuscritos que aderiram à temática, todos encontrados em língua inglesa e oriundos dos EUA, Inglaterra e Canadá, seguidas de uma publicação proveniente da Nigéria, uma da Holanda e outra da Espanha.

Dois artigos foram encontrados na base de dados CINAHL, em língua inglesa, um proveniente dos EUA e o outro do Reino Unido, seguidos de um artigo encontrado na biblioteca Cochrane, em língua inglesa originária do Reino Unido e um na LILACS em língua espanhola oriundo da Espanha. Vale ressaltar a ausência de publicações brasileiras sobre a temática.

Referente à área de atuação profissional dos autores todos pertenciam à área médica, nas especialidades de obstetrícia e ginecologia, anestesiologia, cirurgia e patologia molecular. Destaca-se que não foram localizadas publicações produzidas por enfermeiros.

Quanto ao ano de publicação, constatou-se que a maioria dos artigos foi publicada nos últimos cinco anos, e apenas dois dos onze artigos foram publicados em 2006 e 2008, respectivamente.

Com relação às variáveis resultados e nível de evidência, nota-se que cinco dos onze artigos selecionados apresentaram nível de evidência VII, ou seja, envolveu opinião de especialistas sobre o assunto e cartas ao editor, seguidas de um artigo de revisão sistemática de estudo descritivo com nível de evidência V, dois estudos descritivos do tipo antes e depois com nível VI de evidência, e apenas dois estudos com nível de evidência I e II, respectivamente, de estudos randomizados controlados.

Para interpretação, análise e discussão, os resultados foram divididos em dois eixos temáticos: promoção da segurança da paciente na cesárea por meio da lista de verificação de segurança cirúrgica e recomendações para melhorar a qualidade da assistência na cesárea.

DISCUSSÃO

Promoção da segurança da paciente na cesárea por meio da lista de verificação de segurança cirúrgica

A elaboração de LVSC na obstetrícia demonstrou ser eficiente na redução de danos e EA, apontou melhoria na comunicação da equipe cirúrgica e tornou as práticas mais seguras com a adoção de intervenções baseadas cientificamente, proporcionando não somente a segurança da usuária, como também dos próprios profissionais que realizam os procedimentos⁽²²⁻²⁵⁾.

Em estudo conduzido por meio de um questionário aplicado aos profissionais da equipe cirúrgica e às pacientes, antes e depois da introdução da LVSC, em um centro obstétrico de um hospital no Reino Unido, os achados demonstraram significativo progresso na ação

integrada da equipe cirúrgica no cumprimento das etapas da cirurgia, melhorando efetivamente a comunicação interprofissional e reduzindo a ansiedade das pacientes quanto à assistência recebida⁽²⁶⁾.

Da mesma forma, a adesão aos critérios de qualidade adotados em forma de protocolo em doze hospitais na Holanda revelou progresso na comunicação entre a equipe e a paciente. Adicionalmente, as medidas de segurança propostas no protocolo culminaram em recomendações mais adequadas da cesárea e, por conseguinte redução de indicações desnecessárias⁽²⁷⁾.

A precária comunicação da equipe cirúrgica reflete certa desarticulação das atividades e constitui importante desafio às instituições de saúde para implantação da cultura de segurança⁽²⁸⁾.

A hesitação em falar pode contribuir para erros e incidentes na área de saúde. É fundamental que os profissionais expressem suas preocupações com relação à segurança da paciente, sejam conscientes dos riscos, e assim desempenhem ações e atitudes seguras⁽²⁹⁾.

Portanto, constatou-se que é extremamente eficaz e necessário elaborar e utilizar listas de verificação da saúde materna, devendo esse procedimento ser aplicado em conformidade com as características de cada serviço de saúde⁽³⁰⁾.

Ressalta-se que listas de verificação estão agora disponíveis para diversas situações em saúde. A evidência suporta que os pacientes se beneficiam desse instrumento quando utilizados pela equipe cirúrgica de forma consciente e eficaz. No entanto, a implementação requer treinamento com avaliação constante dos resultados⁽¹⁶⁾.

A utilização da lista de verificação cirúrgica tem sido uma ferramenta que tem demonstrado sucesso em estudos conduzidos em vários hospitais e em países com diversos contextos econômicos, porém, ainda percebem-se dificuldades na implantação, no que se refere à aceitação da equipe cirúrgica⁽³¹⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro como líder da unidade pode adotar essa ferramenta que trará benefícios para os profissionais e pacientes, além de encorajar a participação de todos nessa iniciativa.

Recomendações para melhorar a qualidade da assistência na cesárea

Para divulgação nos serviços de saúde do uso de protocolos, programa de segurança do paciente e da lista de verificação é importante haver consenso entre estudiosos da área de segurança do paciente, bem como das áreas afins, uma vez que as condutas devem ser

embasadas cientificamente, como nos estudos que envolvem segurança no uso de medicações e procedimentos apropriados na cesárea. A profilaxia de infecções para a cesárea é uma delas e já vem sendo cumprida de acordo com os protocolos existentes em diversos países⁽³²⁾.

Em revisão sistemática de um estudo controlado randomizado, dois grupos de mulheres foram estudados, um que recebeu o antibiótico antes da cesárea e outro que recebeu apenas placebo. O resultado apontou redução significativa de infecções após a cirurgia em mulheres que usaram antibióticos, o que se configurou numa recomendação mundial para a qualidade da assistência à cesárea⁽³³⁾.

Em outro estudo foi demonstrado que há fortes indicações para remover drogas potencialmente perigosas em caso de anestesia geral para a cesariana a fim de se minimizar erros e danos⁽²²⁾.

Consideram-se, também, outras preocupações que envolvem a cesárea como, identificação da paciente, planejamento para fluídos corporais e vias aéreas, planejamento para anestesia, manejo apropriado para a genitora e o recém-nascido, treinamento de todos os membros da equipe cirúrgica e materiais e equipamentos em funcionamento adequado⁽²³⁾.

Em hospitais que possuíam recursos humanos e materiais adequados na Nigéria a taxa de mortalidade materna revelou ser menor. Em contrapartida, aqueles com pouca estrutura tiveram uma taxa de mortalidade materna mais elevada. O estudo concluiu que, sem melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, as intervenções de saúde materna não terão um impacto favorável. Assim, os países em desenvolvimento são confrontados com estes desafios, demandando destes, a melhoria dos serviços ofertados à população⁽³⁴⁾.

Os problemas relacionados à segurança cirúrgica são bem reconhecidos em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. Nesses últimos, são fatores contributivos para as dificuldades: a deficiente infraestrutura e a inadequação de equipamentos, suprimentos e de medicamentos; a organização incipiente dos serviços de saúde, falhas no controle de infecções, falta de treinamentos para equipe e pouco recursos financeiros destinados na atenção à saúde⁽³⁵⁾.

Aponta-se à necessidade de protocolos para a cesárea, uma vez que reduzem a possibilidade de erros em caso de emergências obstétricas, como a necessidade de transfusões sanguíneas na assistência ao parto, entre outras. É imprescindível também por estabelecer práticas de medicações seguras e também incentivar a criação de comitês para promover a cultura de segurança nas unidades de saúde⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Melhorar os resultados maternos e promover a qualidade da assistência com vistas à segurança cirúrgica implica não somente em ações que fortaleçam a segurança do paciente,

mas na redução de EA e danos a saúde da usuária, bem como da prevenção de possíveis pendências litigiosas decorrentes de falhas da equipe cirúrgica que podem ser devidamente prevenidas⁽³⁸⁾.

CONCLUSÕES

Promover a segurança cirúrgica na cesárea implica em obter como resultado a qualidade da assistência à saúde materna. Os estudos demonstram que todas as ações que envolvem a segurança da paciente na cesárea visam estabelecer normas, protocolos e programas que conscientizem os profissionais de saúde sobre a importância de se construir uma cultura de segurança. Tais protocolos podem vir no formato de listas de verificações de segurança cirúrgicas, adaptadas às peculiaridades da área obstétrica em diferentes cenários.

Ademais, os resultados das pesquisas analisadas indicaram mudanças significativas na área de comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica diante de condutas preconizadas. Acresce-se ao fato de que esses avanços reduzem incidentes na atenção obstétrica.

Outro aspecto evidenciado refere-se à escassa produção sobre o assunto em pauta, revelando, ainda, serem incipientes quanto aos níveis de evidências mais rigorosos e, sobretudo, a ausência de pesquisas conduzidas por enfermeiros.

Nesse sentido, é imprescindível que os enfermeiros, como líderes e condutores da equipe de enfermagem contribuam de forma significativa para a realização de pesquisas sobre a temática e, assim, possam colaborar com a melhoria das ações de saúde e promover a internalização da cultura de segurança cirúrgica na cesárea para todos os envolvidos, especialmente nesse momento de transformação do Sistema Único de Saúde, tendo em vista o movimento mundial para a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Flores PL, González GJP, Trejo JF, Vega GL, Cabrera CEP, Campos A, et al. Risk factors in cesarean section. *Ginecol Obstet Mex.* [Internet] 2008; 76(7) [acesso em 02 out 2015]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18798440>
2. Wiley J, Sons INC. Debo tener una cesárea? *J Midwifery Womens Health.* [Internet] 2013; 58(4) [acesso em 27 Jun 2015]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12048/epdf>

3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. [Internet] 2007;(21) [acesso em 10 out 2014]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x/epdf>
5. MacDorman M, Declercq E, Menacker F. Recent trends in cesarean delivery in the United States. *Clin. perinatol.* [Internet] 2011; 38(2) [acesso em 11 out 2014]. Disponível: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db35.pdf>
6. Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2012 [acesso em 11 out 2014]; 46(2). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>
7. Vendramini RCR, da Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Patient safety in oncology surgery: experience of the São Paulo State Cancer Institute. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2010 [acesso em 15 out 2014];44(3). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300039>
8. World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety. Guidelines for safety surgery. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Mendes W, Martins M, Pavão ALB, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet] 2013 [acesso em 10 out 2014];59(5). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>
10. de Vries EM, Ramrattan M.A, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. [Internet]. 2008 [acesso em 21 nov 2014];17(3). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
11. Bohomol E, Tartali JAA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professional. *Acta paul. Enferm.* [Internet] 2013 [acesso em 21 nov 2014];26(4). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>
12. Paranaguá TT, Bezerra AL, Silva AE, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta paul. Enferm.* [Internet] 2013 [acesso em 17 nov 2014]; 26(3). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300009>
13. Driver TH, Katz PP, Trupin L, Wachter RM. Responding to clinicians who fail to follow patient safety practices: perceptions of physicians, nurses, trainees, and patients. *J Hosp Med*. [Internet] 2014;9(2) [acesso em 22 nov 2014]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.2136/epdf>
14. Haynes AB, Weiser TG, William R, Berry WR, Stuart R, Lipsitz SC *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N. Engl. J. Med.*. [Internet] 2009 [acesso em 15 dez 2014];360(5). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>

15. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Patient safety checklist n.º 3: scheduling planned cesarean delivery. *Gynecol Obstet*. [Internet] 2011 [acesso em 20 Aug 2015]; 118(6). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823ed20d>
16. Walker A, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *Br. J. Anaesth*. [Internet]. 2012; 109(1) [acesso em 20 Aug 2015]. Disponível: <http://bj.a.oxfordjournals.org/content/109/1/47.full.pdf+html>
17. De Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FDC, Monte LDC, Gama ZASG. Assessment of adherence to the WHO surgical safety checklist in urological and gynecological surgeries at two teaching hospitals in Natal, Rio Grande do Norte State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2014 [acesso em 16 dez 2014];30(1). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>
18. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Rev. Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2008 [acesso em 13 dez 2014];17(4). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
19. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*. [Internet] 2010;8 Suppl 1 [acesso em 11 nov 2014]. Disponível: http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf
20. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2nd ed. Philadelphia: Lamp; 2012.
21. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet] 2006;14(1) [acesso em 12 nov 2014]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>
22. Schwarz SKW. Can itens on aviation-style checklist for preparation of cesarean delivery under general anesthesia present a threat for patient safety? [Letters]. *Anesth Analg*. [internet] 2006 [acesso em 12 nov 2014];102(3). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1213/01.ANE.0000190877.56380.FE>
23. Singh SS, Mehra N, Hopkins L, Leyland N, Wolfman W, Allaire C, et al. Surgical safety checklist in obstetrics and gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can*. [internet] 2013;35 Suppl 1 [acesso em 13 dez 2014]. Disponível: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/04/JOGC-Jan2013-CPG286-ENG-Online.pdf>
24. Mohammed A, Wu J, Biggs T, Ofili-Yebovi D, Cox M, Pacquette S, et al. Does use of a world health organization obstetric safe surgery checklist improve communication between obstetricians and anaesthetists? A retrospective study of 389 caesarean sections. *BJOG*. [internet] 2012 (120) [acesso em 13 dez 2014]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12041/epdf>
25. Rosado JP. Lista de verificación para cesáreas y partos. [Carta a los editores]. *Medwave*. [internet] 2013 [acesso em 13 dez 2014];13(2). Disponível: <https://dx.doi.org/10.5867/medwave.e5629>

26. Kearns RJ, Uppal V, Bonner J, Robertson J, Daniel M, McGrady EM. The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. *BMJ Qual Saf.* [internet] 2011 [acesso em 13 dez 2014];20(9). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.050179>
27. Melmann, Schoorel ENC, Dirksen C, Kwee A, Smits L, De Boer F, et al. Simple: implementation of recommendations from international evidence-based guidelines on caesarean sections in the Netherlands. Protocol for a controlled before and after study. *Implement Sci.* [internet] 2013 [acesso em 13 dez 2014];(3). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-8-3>
28. Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Safety culture among surgical center professionals. *Cogitare Enferm.* [internet] 2015;20(1) [acesso em 22 Ago 2015]. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/36645/24860>
29. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Serv Res.* [Internet] 2014 [acesso em 23 dez 2014];14(61). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>
30. Hang D O. Evaluating of primary outcomes W.H.O surgical safety checklist 2009 application in an obstetrics and gynecology hospital of Vietnam. *Am J Infect Control.* [Internet] 2012 [acesso em 24 dez 2014];40(5). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.04.231>
31. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev. Gaúch. Enferm.* [Internet] 2013 [acesso em 24 dez 2014];34(1). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>
32. Costantine M, Longo M, Wen T, Hankins GDV, Saade GR. Timing of perioperative antibiotics for cesarean section: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* [Internet] 2007 [acesso em 24 dez 2014];197(6). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.10.250>
33. Smaill FM, Grivell RM, Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library.* [Internet] 2014; Issue 10 [acesso em 24 dez 2014]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007482.pub3/epdf>.
34. Galadanci HS. Protecting patient safety in resource-poor settings. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* [Internet]. 2013;27(4) [acesso em 12 nov 2014]. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693413000370>
35. World Health Organization (WHO). More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety Version 1.1: Geneva: World Health Organization; 2009. 154p. Final Technical Report.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion. No 447 Patient Safety in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol.* [internet] 2009 [acesso em 12 nov 2014];(114): Disponível: <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181c6f90e>

37. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee opinion No.464. Patient Safety in the Surgical Environment. *Obstet Gynecol.* [internet] 2010 [acesso em 12 nov 2014];(116). Disponível: <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f69b22>
38. Clark SL, Belfort MA, Byrum SL, Meyers JA, Perlin JB. Improved outcomes, fewer caesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* [internet] 2008 [acesso em 12 nov 2014]; 199:105-7. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.02.031>