

ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ

**SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO DOS REGISTROS ASSISTENCIAIS
DE UM AMBULATÓRIO DE ENSINO DE PEQUENA CIRURGIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Andréia Guerra Siman

Coorientadora: Luana Vieira Toledo

VIÇOSA – MINAS GERAIS

2024

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da
Universidade Federal de Viçosa - Campus

T

P221s
2024

Parabocz, Ana Cristine Pepe, 1981-
Segurança do paciente: avaliação dos registros assistenciais de um
ambulatório de ensino de pequena cirurgia / Ana Cristine Pepe
Parabocz. - Viçosa, MG, 2024.
1 dissertação eletrônica (71 f.): il.
Inclui anexo.
Inclui apêndices.
Orientador: Andréia Guerra Siman
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,
Departamento de Medicina e Enfermagem, 2024.
Inclui bibliografia.
DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2024.343>
Modo de acesso: World Wide Web.

1. Enfermagem; 2. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; 3.
Segurança do paciente; 4. Lista de checagem; I. Siman, Andréia
Guerra II. Universidade Federal de Viçosa.. Departamento de Medicina
e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde III.
Título

CDD 22. ed. 610.73

Bibliotecário(a) responsável: ALICE REGINA PINTO PIRES CRB-6/2523


ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ

**SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO DOS REGISTROS ASSISTENCIAIS
DE UM AMBULATÓRIO DE ENSINO DE PEQUENA CIRURGIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de *Magister Scientiae*.


APROVADA: 29 de fevereiro de 2024.

Assentimento:

Documento assinado digitalmente
 ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ
Data: 24/07/2024 09:38:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ana Cristine Pepe Parabocz

Autora

Documento assinado digitalmente
 ANDREIA GUERRA SIMAN
Data: 24/07/2024 07:25:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Andréia Guerra Siman

Orientadora

AGRADECIMENTOS

À Deus primeiramente, sem ele nada disso seria possível.

Ao meu esposo Luciano e à minha filha Ana Carolina que me apoiaram nesse momento em que as emoções estavam bem afloradas.

À minha sogra, ao meu sogro e aos cunhados(as) por todas as palavras de conforto.

Aos meus pais e às amigas Daiana, Gilcimara e Vivian que, mesmo longe, torceram por mim.

Ao meu irmão Alexandre pelas piadas a meu respeito é claro, e ao sentimento de orgulho ao ver a irmã vencer essa etapa.

Às minhas amigas que trabalham e trabalharam comigo, e me incentivaram a fazer o mestrado até o último instante onde pensei em desistir. Mas minha “psicóloga” chamada Arieta fez toda a diferença nessa jornada. A Marina pela paciência em me ouvir, sem falar nas medicações prescritas.

À minha orientadora profa. Andréia Guerra Siman pela sabedoria e por muita yoga para poder me orientar. À coorientadora profa. Luana Vieira Toledo pelas valiosas contribuições, e a todos que participaram diretamente ou indiretamente desse trabalho. A vitória não é só minha, é de todos vocês.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós-graduação.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*Ninguém passa pela tua vida por engano,
não existem erros nos planos de DEUS.*

RESUMO

PARABOCZ, Ana Cristine Pepe, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2024. **Segurança do paciente: avaliação dos registros assistenciais de um ambulatório de ensino de pequena cirurgia.** Orientadora: Andréia Guerra Siman. Coorientadora: Luana Vieira Toledo.

A segurança do paciente é definida como a redução do risco de dano associado ao cuidado em saúde a um mínimo aceitável, a qual inclui a lista de verificação eficaz na redução de erros em procedimentos cirúrgicos. O presente estudo teve como objetivo avaliar a completude dos registros médicos referentes aos indicadores de cirurgia segura nos prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos. Trata-se de um estudo descritivo, documental e retrospectivo, de natureza quantitativa, composto pelos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de pequena cirurgia, entre janeiro e dezembro de 2021. Foram incluídos prontuários de pacientes de todas as idades que passaram por atendimento cirúrgico no ano de 2021, sendo a coleta de dados realizada em dezembro do mesmo ano. A análise de dados foi realizada por estatística descritiva e medidas de tendência central. Os critérios da Organização Mundial da Saúde foram utilizados como base para as análises. Os dados foram processados pelo *software IBM SPSS (20.0)* e foi considerado nível de significância de 5%. Foram analisados os registros médicos de 295 prontuários. A maioria das variáveis de caracterização da amostra, pré-operatório, transoperatório e pós-operatório se encontram nas categorias ruim ou muito ruim de completude dos dados. Informações sociodemográficas como data de nascimento, sexo e município foram preenchidos em todos os prontuários, sendo classificados como excelente. A completude da informação idade foi de 73,2% (ruim), e estado civil e escolaridade não obtiveram nenhum registro (muito ruim). Com relação à admissão dos pacientes, houve completude dos registros (excelente). As variáveis constam com encaminhamento, paciente confirma o nome, cirurgia/procedimento a ser realizado, jejum, visita pré-anestésica e risco de perda sanguínea tiveram 100% de completude (excelente). A completude da variável locais da cirurgia/procedimento foi de 99% (excelente), alergia conhecida 63,7% (ruim) e comorbidades 67,5% (ruim). Os itens presença de alguma lesão de pele (1,4%), exames de imagem e laboratoriais (0,7%), verificados sinais vitais e confirmação de data de nascimento (0,3%), retiradas de próteses/adornos e demarcação de local de cirurgia com nenhum registro, foram todos

considerados muito ruins. Houve completude total no registro de presença do médico responsável na sala (excelente). Na variável procedimento realizado com anestesia, a completude foi de 24,7% e no registro de intercorrência 8,5%, não sendo registrado a presença do profissional de Enfermagem em nenhum prontuário. Todas essas variáveis foram consideradas muito ruins. Sobre os registros no pós-operatório, houve 100% de completude na descrição do procedimento (excelente), 78,6% na presença de amostra para anatomia patológica (ruim), 68,8% no termo de anuência assinado (ruim), 42,4% receita médica (muito ruim), 28,8% na solicitação de retorno (muito ruim), 18% na orientação de sinais flogísticos (muito ruim) e 0,3% na solicitação de exames (muito ruim). Conclui-se que os registros médicos apresentam incompletude de preenchimento de informações importantes para a garantia da qualidade dos procedimentos cirúrgicos, com indicadores importantes que não foram corretamente preenchidos, o que evidencia a necessidade de melhorias no preenchimento dos prontuários. Tendo em vista a garantia da segurança do paciente no processo cirúrgico, torna-se necessária a incorporação de práticas educativas e a implantação de um *checklist* para a cirurgia segura.

Palavras-chave: Enfermagem; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais; Segurança do Paciente; Lista de Checagem.

ABSTRACT

PARABOCZ, Ana Cristine Pepe, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2024. **Patient safety: evaluation of care records at a minor surgery teaching outpatient clinic.** Adviser: Andréia Guerra Siman. Co-adviser: Luana Vieira Toledo.

Patient is defined as the reduction of the risk of harm associated with healthcare to an acceptable minimum, which includes the effective checklist in reducing errors in surgical procedures. The present study aimed to evaluate the completeness of medical records regarding safe surgery indicators in the records of patients treated a minor procedures outpatient clinic. This is a descriptive, documentary, retrospective, quantitative study, composed of the records of patients treated at the minor surgery outpatient clinic between January and December 2021. Medical records of patients of all ages who underwent surgical treatment in 2021 were included, with data collection carried out in December of the same year. Data analysis was performed using descriptive statistics and measures of central tendency. The World Health Organization criteria were used as a basis for the analyses. Data were processed using IBM SPSS software (20.0), and a significance level of 5% was considered. Medical records from 295 patients were analyzed. Most of the sample characterization, preoperative, intraoperative, and postoperative variables are in the poor or very poor categories of data incompleteness. Sociodemographic information such as date of birth, sex, and municipality were filled in in all medical records and classified as excellent. The completeness of age information was 73.2% (poor), and marital status and education had no records (very poor). Regarding patient admission, the records were complete (excellent). Variables such as referral, patient confirming name, surgery/procedure to be performed, fasting, pre-anesthetic visit and risk of blood loss had 100% completeness (excellent). Completeness of the of the surgery/procedure location variable was 99% (excellent), known allergy 63.7% (poor), and comorbidities 67.5% (poor). Items such as presence of some skin lesion (1.4%), imaging and laboratory exams (0.7%), vital signs checked and date of birth confirmation (0.3%), removal of prostheses/adornments and marking of surgical site with no records, were all considered very poor. There was a total completeness in recording the presence of the responsible physician in the room (excellent). In the variable procedure performed with anesthesia, completeness was 24.7%, and in the occurrence record, 8.5%, with no record pf the presence of the nursing professional in any medical record. All these

variables were considered very poor. Regarding postoperative records, there was 100% completeness in the procedure description (excellent), 78.6% in the presence of a sample for pathological anatomy (poor), 68.8% in the signed consent form (poor), 42.4% in the medical prescription (very poor), 28.8% in the request for a return appointment (very bad), 18% in the guidance on inflammatory signs (very poor) and 0.3% in the request for exams (very poor). It is concluded that the medical records present incompleteness in filling important information for the quality assurance of surgical procedures, with important indicators that were not correctly filled, highlighting the need for improvements in filling out the medical records. Considering patient safety in the surgical process, the incorporation of educational practices and the implementation of a checklist for safe surgery becomes necessary.

Descriptors: Nursing; Outpatient Surgical Procedures; Patient safety; Checklist.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Completeness das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).....	41
Tabela 2	Completeness das variáveis relativas à admissão dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).....	42
Tabela 3	Completeness das variáveis relativas ao período do pré-operatório dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).....	42
Tabela 4	Completeness das variáveis relativas ao período do transoperatório dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).....	43
Tabela 5	Completeness das variáveis relativas ao período do pós-operatório dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UFV	Universidade Federal de Viçosa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	16
2.2 CIRURGIA SEGURA	17
2.3 CIRURGIA AMBULATORIAL E USO DE <i>CHECKLIST</i>	19
2.4 IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE UM <i>CHECKLIST</i>	21
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4. MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 LOCAL DE ESTUDO	25
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	25
4.4 COLETA DE DADOS	26
4.5 ANÁLISE DE DADOS	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
5. RESULTADOS	29
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	64
ANEXOS	71

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” (Brasil, 2013, artº 4). É um tema atual e constitui-se em uma preocupação contínua nos serviços de saúde devido ao impacto dos incidentes e suas consequências (Santana et al., 2020; White et al., 2019).

Em 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Global para a Segurança do Paciente para apoiar o desenvolvimento de políticas e práticas a nível internacional (Metelski et al., 2022; Carvalho et al., 2021; Cavalcante et al., 2019).

Em vista disso, foi criado o Desafio Global de Segurança do Paciente, com o intuito de reconhecer áreas com potencial para ocasionar risco ao paciente e para desenvolver estratégias de precaução aos danos. Um dos propósitos do Desafio Global de Segurança, lançado em 2008, foi a “Cirurgia Segura”, objetivando a diminuição de infecções relacionadas ao cuidado em saúde e os riscos relacionados as cirurgias (Who, 2008).

Posteriormente, foi lançado em 2013 o Protocolo para Cirurgia Segura, cujo objetivo foi estipular ações a serem adotadas a fim de diminuir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e mortalidade cirúrgica. O documento visa aumentar a segurança na realização de procedimentos cirúrgicos em local e paciente correto por meio da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS (Brasil, 2013).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) da OMS lançado em 2013 deu origem ao manual “Cirurgia Segura Salva Vidas”. Este orienta sobre o padrão de cirurgia segura e nele foi desenvolvido um *checklist* que norteia um procedimento seguro, passível de utilização em qualquer lugar do mundo, adaptado de acordo com a realidade de cada instituição (Porcari et al., 2020).

O *checklist* de cirurgia segura é uma ferramenta simples, com possibilidade de mensuração de impacto, baixo custo de implementação e aplicação, fácil de usar e recomendado como intervenção eficaz. Sua utilização por equipes de profissionais aumenta a eficácia das atividades realizadas, além de melhorar a qualidade da assistência prestada, (Tostes, Galvão, 2019; Purim et al., 2019; Ribeiro et al., 2019).

Estudos demonstram que a utilização correta do *checklist*, ou seja, preenchendo todas as suas informações, tem apresentado impactos positivos na

prática clínica cirúrgica, como a diminuição das taxas de mortalidade, redução de complicações cirúrgicas e pós-cirúrgicas e equívocos por problemas na comunicação entre as equipes. Evidencia-se, então, a necessidade de sua incorporação na prática cotidiana (Jager; Gunnarsson, Ho, 2019; Mayer et al., 2016).

Além disso, a comunicação interprofissional é um elemento-chave para o alcance desse desafio global de prestar um cuidado de qualidade. De acordo com Olini (2019), a comunicação deve ser clara, objetiva e compreensível. Durante a cirurgia, a comunicação com essas características reduzirá a incidência de eventos adversos e, assim, melhorará a segurança do paciente (Coifman, 2021).

Como comunicação escrita, os prontuários constituem uma ferramenta relevante para produção de dados, que geram indicadores da assistência cirúrgica subsidiando melhorias. Além disso, são documentos legais que registram informações sobre os cuidados prestados por toda a equipe cirúrgica, dentre eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (Ferreira et al., 2020).

No contexto cirúrgico, a utilização do *checklist* de cirurgia segura é amplamente estimulada em procedimentos de grande porte. Todavia, as cirurgias ambulatoriais representam boa parte dos procedimentos realizados, sendo evidenciado um aumento desses procedimentos devido a sua relativa facilidade de realização quando comparadas às cirurgias de grande porte. A especialidade mais frequente nas cirurgias ambulatoriais, de acordo com Techy, Sakae e Bianchin (2008a), foi otorrinolaringologia, seguida de oftalmologia, ortopedia e cirurgia vascular, tendo como principais tipos de cirurgias ambulatoriais amigdalectomia com adenoidectomia e facectomia com implante de lente intraocular.

Nos Estados Unidos da América (EUA), mais de três quartos das cirurgias em saúde são realizadas fora dos hospitais (Oppermann, 2019). No Brasil, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS), em outubro de 2023, o país mantinha 76.712 estabelecimentos que ofereciam atendimento ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 269.826 serviços ambulatoriais privados (DATASUS, 2023).

O crescente aprimoramento de técnicas e práticas na cirurgia ambulatorial passou a ser uma realidade nos EUA e, também, em alguns países da Europa. No entanto, no Brasil isso não ocorreu da mesma forma, visto que se teve pouco apoio de políticas públicas nessa área. Assim, a abordagem cirúrgica ambulatorial ocorreu, sobretudo, pela necessidade de acelerar a fila para procedimentos cirúrgicos. Com o

tempo, a educação médica no Brasil começou a defender a capacitação do médico generalista para realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos. Atualmente algumas universidades já incluem em sua matriz curricular a disciplina de Cirurgia Ambulatorial, a fim de propiciar ao aluno desenvolvimento de técnicas e habilidades para atuar de forma adequada nesse tipo de procedimento (Santos et al., 2008; Purim et al., 2015; Monteiro et al., 2022).

A relevância do estudo centra-se em reforçar a hipótese de que a completude das anotações nos prontuários interfere na qualidade do atendimento aos pacientes de pequena cirurgia ambulatorial de baixa complexidade, refletindo na segurança do paciente. Porciuncula (2022), ao analisar os eventos adversos (EA) ocorridos nas cirurgias ambulatoriais em uma policlínica do Rio de Janeiro, evidenciou a ocorrência de 43,2% de EA pós-cirúrgicos, sendo os principais dor (35,1%) e hematomas (19,3%), registrando-se mais de um EA pós-cirúrgico em 40,6% dos pacientes, apresentando impacto leve ou moderado. É importante ressaltar, ainda, que todos os EA identificados eram evitáveis.

Um estudo internacional avaliou a incorporação do *checklist* em vários locais do mundo, dentre eles os EUA. Estudou 7.688 pacientes segmentados em dois grupos, antes da aplicação e após aplicação do *checklist*. Os resultados apontaram para redução de 36% nas grandes complicações e diminuição de 47,6% na mortalidade dos pacientes, evidenciando a necessidade de adoção do *checklist* e seu preenchimento correto (Ferraz, 2009).

Apesar de ser um ambiente que merece atenção devido à realização de procedimentos cirúrgicos, ainda existem poucos trabalhos publicados a respeito, principalmente, da ocorrência de EA a nível ambulatorial. Tal fato pode ser explicado devido às características peculiares deste tipo de atendimento, muita das vezes pontual, sendo o contato com o paciente restrito ao dia do procedimento, dificultando o monitoramento e a disponibilidade de dados (Porciuncula, 2022).

Dessa forma, em posse dessas informações e verificada a importância de um registro médico completo e efetivo no âmbito das cirurgias de pequena complexidade, busca-se, com este estudo, responder a seguinte questão norteadora: Os registros correspondentes ao protocolo de cirurgia segura são realizados em sua completude em um serviço de cirurgia ambulatorial do estado de Minas Gerais?

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa –

UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução, revisão de literatura, objetivos gerais e específicos, metodologia, um artigo científico, um produto técnico e conclusão.

O artigo científico intitulado “Completeness dos registros referentes à cirurgia segura em um ambulatório de pequenos procedimentos”, foi formatado de acordo com as normas da Revista do Interface: comunicação, saúde, educação (Qualis A2 – Medicina I), na qual foi submetido.

Os produtos técnicos derivados dessa dissertação foram um *checklist* adaptado para ambulatório, intitulado “*Checklist* de Cirurgia Ambulatorial”, que tem como objetivo garantir ações que promovam a segurança dos pacientes submetidos a pequenos procedimentos; e encontro com os gestores para apresentação ao serviço de ambulatório de especialidades médicas de pequenas cirurgias, com intuito de padronizar o registro desses dados durante o procedimento cirúrgico.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Os cuidados não seguros e suas consequências aos pacientes têm sido relatados desde a década de 1980. Diante desse contexto, a OMS criou e estabeleceu diversas iniciativas visando a busca pela segurança na assistência em saúde. Este fato ganhou mais notoriedade a partir de 2004, quando foi lançada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O Brasil, fazendo parte dessa aliança, criou em 2001 a Rede Sentinela, que é um observatório das atividades e segurança dos serviços e produtos de saúde. Seguindo essa mesma premissa, foi instituído em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visava, dentre outros aspectos, estabelecer metas, propor ações, criar manuais, guias, difundir a cultura de segurança do paciente, além de dar destaque para participação do cliente (Brasil, 2023; OMS, 2009; Villar et al., 2020; Carvalho et al., 2021).

Conforme a Classificação Internacional em Segurança do Paciente, incidente é definido como qualquer evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente. Pode ser classificado como um *near miss*, incidente sem dano ou incidente com dano. Na ocorrência do dano, seja físico ou psíquico, o incidente é considerado um EA (OMS, 2011).

Quanto aos tipos de EA, estes podem estar relacionados à administração de medicamentos, à vigilância do paciente, à cirurgia, manutenção da integridade cutânea, dentre outros (OMS, 2011). No Brasil, estudos identificaram que as principais causas de EA são relacionadas à administração de medicamentos, quedas, infecções e falhas no processo de comunicação, especialmente entre membros da equipe (Villar; Martins; Rabello, 2021; Rocha et al., 2023; Silva et al., 2023).

Aspectos relacionados ao erro e EA no âmbito da assistência em saúde têm sido estudados há anos. Nesse sentido, destaca-se a importância de se reconhecer a possibilidade de falha como algo inerente ao ser humano, sendo necessário compreender o quão crucial é o sistema para prevenção desses erros. A área de segurança do paciente é influenciada por disciplinas de diversas áreas do conhecimento que buscam estudar o erro humano, os acidentes e sua prevenção. Isso possibilita uma nova percepção a respeito do cuidado em saúde, representando um fato essencial para melhoria da assistência. No campo da saúde, a cultura de segurança é tida como fruto de valores, atitudes, percepções, habilidades e padrões

de comportamento individuais e grupais predominantes em dado período e que estabelecem o comprometimento de uma organização de saúde com a manutenção da segurança do paciente. Instituições de saúde com uma cultura de segurança positiva são marcadas pela existência de boa comunicação interprofissional, confiança mútua e crenças comuns a respeito da importância da segurança e efetividade de medidas preventivas (Travassos; Caldas, 2017; Carvalho et al., 2021).

Assim, entende-se a segurança do paciente como parte integrante da qualidade do cuidado ofertado. Como forma de garantia de ambientes de saúde mais seguros, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preconiza a adoção de metas internacionais de segurança do paciente no Brasil, sendo elas: (1) identificação correta dos pacientes; (2) comunicação efetiva; (3) melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; (4) cirurgia segura; (5) reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados à saúde; (6) reduzir os riscos de lesões ao paciente decorrentes das quedas (ANVISA, 2013).

Receber uma assistência em saúde de qualidade é direito do ser humano. É responsabilidade dos serviços de saúde a garantia da oferta de um cuidado eficaz, efetivo e seguro, buscando satisfazer as necessidades de saúde que o indivíduo venha a apresentar ao longo de todo o processo. No entanto, são múltiplos os desafios que atravessam a oferta de uma assistência segura ao paciente. Dentre eles, destaca-se o desconhecimento de muitos profissionais das diretrizes de práticas seguras, carência de recursos humanos e materiais cruciais para uma atuação segura, infraestrutura/instalações inadequadas e falhas no cumprimento de protocolos adotados nas instituições de saúde (Travassos; Caldas, 2017; Siman et al., 2019).

2.2 CIRURGIA SEGURA

O processo cirúrgico é tido como uma modalidade terapêutica de extrema importância no campo dos cuidados em saúde, visto que é uma alternativa necessária para o tratamento de certas doenças ou redução de incapacidades (Ribeiro et al, 2019). As cirurgias são consideradas procedimentos complexos devido a uma série de fatores, podendo-se destacar o número de pessoas envolvidas, o quadro clínico do paciente, as exigências técnicas relacionadas aos profissionais que irão realizar ou auxiliar no procedimento, dentre outros fatores (ANVISA, 2013; Santana et al., 2020).

Os procedimentos cirúrgicos que não prezam pela segurança podem impactar na saúde do indivíduo, levando a desfechos negativos como incapacidades temporárias, permanentes, ou, ainda, ocasionar a morte. Ademais, estudos pontuam que são recorrentes os danos gerados por procedimentos cirúrgicos, podendo estes ocasionar consequências mais graves do que as presentes na assistência clínica (Ribeiro et al., 2019).

Tendo em vista as consideráveis taxas de EA no âmbito dos processos cirúrgicos, estes têm sido alvo de preocupação de saúde pública. A partir disso, foi selecionado como o segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente em 2007-2008, a segurança da assistência cirúrgica. Seguido ao estabelecimento deste desafio, a OMS produziu e publicou um manual intitulado “Cirurgia Segura 2009: Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que tem por objetivo orientar a realização dos procedimentos cirúrgicos e garantir a qualidade e eficácia do processo (OMS, 2009; Silva; Gatti, 2020).

No que tange a segurança dos procedimentos cirúrgicos, é importante destacar que, ao longo de todo o período operatório, a adoção de medidas seguras, a utilização adequada de *checklists* de segurança e a obediência aos protocolos objetivando a minimização de erros e EA é de responsabilidade de toda a equipe envolvida. Desse modo, é essencial que os profissionais da saúde se mantenham atualizados e as unidades de saúde promovam a educação continuada para a equipe, a fim de prezar pela qualidade dos procedimentos e prevenção de intercorrências (Santana et al., 2020).

A teoria do queijo suíço, proposta por Reason (2000), compara a fragilidade da organização do sistema de saúde aos buracos do queijo. Conforme a teoria, a ocorrência de erros e EA deve-se a múltiplos fatores (neste caso, os “buracos do queijo suíço”), tais como falhas estruturais, falha dos profissionais de saúde e comportamentos de risco dos pacientes. Estas falhas comprometem as camadas de defesa do sistema de saúde e podem oportunizar a ocorrência de um acidente, colocando o paciente sob risco (Reason, 2000; Reis; Martins; Languardia, 2013). Cabe destacar que, conforme o modelo de Reason (2000), os EA não podem ser vinculados a uma ação individualizada, mas há um erro interligado a consecutivas falhas do sistema.

As falhas nas defesas, ou seja, os “buracos no queijo suíço”, podem ser causados pela combinação de falhas ativas latentes (Reason, 2000). As falhas ativas

são condições inseguras causadas por profissionais de saúde que estão em contato direto com os pacientes. Este tipo de falha pode ocorrer devido a lapsos de memória, violações processuais e omissões. No campo cirúrgico, toma-se como exemplos a realização de procedimento cirúrgico no local errado, administração da medicação errada e erro na programação de equipamentos cirúrgicos (Collins et al., 2014).

Já as falhas latentes são resultado de problemas no sistema organizacional. Erros nas políticas organizacionais, procedimentos, problemas com a liderança e no ambiente de trabalho, bem como sobrecarga de trabalho dos profissionais, podem levar a situações de falhas latentes no ambiente hospitalar. Neste caso, são exemplos de falhas latentes no processo cirúrgico: falha na realização de testes regulares dos equipamentos, que podem apresentar mau funcionamento durante a cirurgia; falha na revisão das alergias dos pacientes antes de administrar antibióticos; e falha em antecipar a quantidade provável de perda de sangue antes do início de um procedimento cirúrgico (Collins et al., 2014).

Neste sentido, a utilização de *checklist* com preenchimento adequado e correto, pode reduzir as falhas ativas e latentes e garantir um processo cirúrgico adequado (Costa et al., 2021). A implementação deste instrumento permite a prevenção de erros, evita EA e também lapsos de memória dos profissionais de saúde, reduzindo o esquecimento de informações importantes para a segurança do procedimento (Collins et al., 2014; Reis; Martins; Languardia, 2013).

2.3 CIRURGIA AMBULATORIAL E USO DE *CHECKLIST*

Os EA podem acontecer independente do ambiente, seja ele hospitalar, ambulatorial ou até mesmo na Atenção Primária à Saúde. Em sua maioria, são passíveis de serem evitados (Reis; Martins; Languardia, 2013). Além de ocasionarem danos ao paciente e sua família, implicam em gastos econômicos e sociais. Nos EUA, estima-se que ocorra 44 a 48 mil óbitos por ano decorrentes de EA que, em grande parte, poderiam ser evitados frente à adoção de medidas preventivas (Reis; Martins; Languardia, 2013).

As cirurgias ambulatoriais são intervenções executadas sob anestesia local ou sem anestesia que não exigem internação em unidade hospitalar. A permanência do paciente no serviço é de, no máximo, 24 horas. A realização de tais procedimentos têm aumentado devido ao aparecimento de novos métodos anestésicos e pelas suas

várias vantagens. Dentre essas vantagens, destaca-se a menor interferência no cotidiano do cliente e de sua família, o cuidado mais individualizado, menores riscos de infecções hospitalares em função da menor exposição a esse ambiente, diminuição da incapacidade física, breve retorno ao trabalho e menor morbidade e mortalidade (Etcheverria et al., 2023; Santos et al., 2008; Porcari, et al, 2020).

A cirurgia ambulatorial começou a ser adotada somente a partir da década de 1960, tendo seu início em Michigan, EUA, no Butterworth Hospital. O procedimento cirúrgico ambulatorial se tornou uma prática segura e passível de ser realizada, em virtude do apoio dos anestesiológicos e de um expressivo controle por parte dos cirurgiões. Sendo assim, não há o que indique uma maior incidência de EA decorrentes desse procedimento quando comparados aos procedimentos realizados em hospitais. Por serem processos pouco invasivos e com menor duração do que cirurgias de médio e grande porte, esses procedimentos precisam de uma maior atenção do profissional em atividades que envolvam o paciente (Monteiro et al, 2021; Couto; Silva; Medeiros, 2023).

Os serviços ambulatoriais de especialidades e a atenção hospitalar de média complexidade são a porta de entrada do sistema de saúde. Muitas vezes substituem a Atenção Primária à Saúde, fato que prejudica a organização e realização dos serviços de forma ordenada. A partir da complexidade crescente, ocasionam gastos desnecessários relacionados a questões que poderiam ser resolvidas na atenção básica (Spedo; Pinto; Tanaka, 2010). Por isso, deve-se ter atenção ao correto encaminhamento e realização de procedimentos necessários e seguros.

No ambiente cirúrgico, EA potencialmente evitáveis podem ocorrer na ausência de práticas seguras de saúde, como a não utilização de listas de verificação (Alpendre et al., 2017). Conforme dados da OMS, acontecem cerca de 230 milhões de cirurgias anualmente no mundo, com ocorrência de sete milhões de EA. Aproximadamente um milhão destes evolui para óbito (WHO, 2008).

Um estudo realizado em um hospital público de ensino do Sul do Brasil encontrou uma prevalência de 21,8% de EA cirúrgicos, sendo os principais a infecção associada à atenção à saúde (50,0%), seguido de processo/procedimento clínico (38,4%), acidentes com o paciente (8,3%) e dispositivo/equipamento médico (3,3%) (Batista et al., 2019). Na análise de um centro cirúrgico ambulatorial, um estudo identificou que os principais EA notificados foram erro de medicação, reação adversa, flebite, queda e lesão por pressão, e estiveram relacionados aos erros de processos

e descumprimento de rotinas (Silva et al., 2015). Tais situações podem ser minimizadas diante da utilização de listas de verificação, padronizadas e adequadas a cada ambiente, o que proporciona a segurança das práticas de saúde e redução de risco ao paciente por meio de ações preventivas. Além disso, contribui na organização e planejamento das ações de saúde e melhorias na comunicação das equipes (Alpendre et al., 2017).

A utilização de *checklists* no âmbito cirúrgico é uma maneira de prezar pela segurança do paciente ao orientar as condutas dos profissionais e possibilitar um melhor acompanhamento do paciente. Porém, observa-se uma carência de listas de verificação que contemplem as especificidades de cirurgias ambulatoriais, como os critérios de admissão, realização dos procedimentos e a alta. Diante desse contexto, alguns estudos buscam adaptar, desenvolver e/ou validar instrumentos que possam ser implementados visando a eficácia e segurança de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais (Porcari et al., 2020).

Neste sentido, a literatura aponta que a utilização de *checklists* no âmbito cirúrgico pode proporcionar maior segurança do paciente, reduzindo complicações após os procedimentos, os EA e a mortalidade (Askarian; Kouchk; Palenik, 2011; Rodrigo-Rincon et al., 2015; Mayer et al., 2016). Entretanto, alguns resultados são inconsistentes e não apontam associação entre a utilização dos *checklists* e redução de EA devido à incompletude no preenchimento do instrumento (Faria et al., 2022).

2.4 IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE UM *CHECKLIST*

A denominação *checklist*, quando traduzida do inglês, faz referência a uma lista de verificação, instrumento estruturado para orientar a atuação do profissional. São compostas por um conjunto de itens a serem seguidos referentes a um procedimento ou conduta durante a assistência em saúde, abrangendo nomes, tarefas a serem executadas, comportamentos e outros aspectos. Tal instrumento objetiva estabelecer uma verificação sistemática do paciente por parte do profissional, além de ser uma forma de garantir a segurança, uma vez que guia a prática profissional para que ela seja feita de maneira adequada e assertiva (Cardoso et al., 2019).

Destaca-se que a implementação dessas listas de verificação contribui para avaliação da assistência prestada, valorização e reconhecimento do profissional, melhora da cultura de segurança e comunicação da equipe atuante no procedimento,

além de minimizar a mortalidade e complicações decorrentes do cuidado em saúde. Ainda, tal instrumento contribui para organização e padronização das condutas, preparam para situações desfavoráveis, melhorando a forma como a equipe lida com as mesmas (Santos; Domingues; Eduardo, 2020; Brito; Lima, 2023).

Segundo Porcari (2020), o uso de *checklist* no ambiente cirúrgico proporciona resultados positivos para os pacientes, profissionais e instituições, como a diminuição de complicações e mortalidade, melhora na comunicação entre os profissionais de saúde, trabalho em equipe e redução de custos.

A iniciativa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, criada pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente em 2008 após articulação com cirurgiões, anestesiólogos, enfermeiros, especialista na área de segurança do paciente e com os próprios pacientes, orientou a implantação de um *checklist* de Segurança Cirúrgica. A medida supracitada objetiva subsidiar as ações das equipes cirúrgicas que, ao seguir sistematicamente o *checklist*, aumentam a probabilidade de um desfecho favorável para o procedimento. Em outras palavras, o *checklist* para procedimentos cirúrgicos visa inibir as intercorrências provenientes de procedimentos cirúrgicos, prezando pela segurança dos pacientes (OMS, 2009; Marquioni et al., 2019).

A análise da incidência de EA em procedimentos cirúrgicos revelou que estes se mantiveram praticamente inalterados nos últimos dez anos, demonstrando a necessidade de implementação de estratégias que auxiliem na inibição dessas complicações. As intercorrências mais frequentes, em geral, estão associadas à técnica cirúrgica aplicada, infecções e sangramentos pós-operatórios (Haugen, Sevdalis; Sjøfteland, 2019).

Diante deste contexto, a utilização de listas de verificação se mostra como uma promissora alternativa para redução dessas complicações. De acordo com um estudo veiculado por um jornal norte americano, a utilização de um *checklist* cirúrgico é capaz de minimizar a taxa dessas intercorrências em cerca de 30%. É válido ressaltar que a lista de verificação cirúrgica deve ser adaptada à realidade do serviço. A OMS pontua, ainda, a importância desse instrumento não ser muito longo, tendo em vista que tal aspecto dificulta sua aplicação e, conseqüentemente, sua eficiência (Oliveira et al., 2020).

Apesar dos notórios benefícios provenientes da utilização de *checklists* cirúrgicos, essa prática é permeada por inúmeros desafios que impedem sua plena efetividade. Embora estes instrumentos estejam implementados na maioria dos

serviços, seu preenchimento é realizado de forma parcial, isto é, incompleta. Estudos nacionais demonstram que a incompletude do *checklist* é recorrente nas instituições. Outrossim, também pode ser pontuado como desafio as incoerências no preenchimento das listas, indicando desconhecimento ou não reconhecimento da importância desses instrumentos, ou falta de orientação ou preparação para o registro do *checklist*. A falta de envolvimento da equipe no preenchimento do instrumento é outro empecilho que pode ser destacado, visto que a carência de comunicação entre os profissionais e a falta de responsabilidade em relação ao registro na lista de verificação é uma realidade em alguns locais. Outra adversidade encontrada é o desconhecimento de alguns profissionais no que tange às etapas de preenchimento do *checklist*, e este aspecto interfere diretamente no registro adequado do instrumento e na sua efetividade (Ribeiro et al., 2019; Santos; Bonato; Silva, 2020).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a completude dos registros médicos referentes aos indicadores de cirurgia segura nos prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos no ambulatório de pequenos procedimentos;
- Identificar a proporção de registros médicos classificados como completude excelente (completude > 95%); bom (completude de 90 a 95%); regular (completude de 80 a 90%); ruim (completude de 50 a 80%); e muito ruim (completude < 50%);
- Elaborar e propor para unidade a implantação de um *checklist* cirúrgico para promover a segurança dos pacientes submetidos a pequenos procedimentos no ambulatório de pequena cirurgia.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo sobre a completude dos registros médicos. Foram analisadas informações referentes aos indicadores de cirurgia segura contidas nos prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos em um serviço de ensino.

O caráter descritivo do trabalho se configura em função de o pesquisador necessitar coletar informações sobre a temática proposta, como a descrição das características de determinada população e estabelecimento de relações entre variáveis (Castilho; Borges; Pereira, 2011).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atendimento Ambulatorial. Trata-se de um ambulatório escola vinculado a uma instituição de ensino superior em Minas Gerais, Brasil. Além dos atendimentos assistenciais, possui ações de ensino (aulas práticas), pesquisa e extensão. Os atendimentos são realizados por alunos de graduação em Medicina, Enfermagem, Nutrição e da residência médica, supervisionados por professores e/ou preceptores. A unidade é totalmente integrada ao SUS, prestando assistência especializada para a microrregião de uma cidade do interior de Minas Gerais.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram considerados neste estudo as anotações em prontuários de atendimento em pacientes de pequena cirurgia no referido ambulatório. Foram incluídos os prontuários de pacientes de todas as idades que passaram por atendimento cirúrgico no período de janeiro a dezembro de 2021. Foram excluídos os pacientes que, após avaliação médica, foram dispensados do procedimento cirúrgico, nesse mesmo período.

Deste modo, a amostra foi composta por prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de pequena cirurgia entre os meses de janeiro a dezembro de 2021. Para a seleção dos prontuários realizou-se o processo de amostragem aleatória simples a partir da identificação do número de atendimento.

Dos 1.107 pacientes atendidos no ano, 295 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão foram selecionados aleatoriamente. A amostra final de 295 foi calculada considerando um nível de significância de 95% e margem de erro de 5%. Para o processo de sorteio foi utilizado o *website* <https://sorteador.com.br/>.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em dezembro de 2021. O relatório de atendimento da unidade foi retirado por data no respectivo ano de 2021. Neste documento constaram os dados de todos os pacientes e a data de atendimento. Cada prontuário recebeu um número conforme a ordem cronológica do atendimento. Foi realizado um sorteio por meio de um aplicativo digital chamado sorteador de números. Conforme cálculo amostral, foram sorteados 295 números nos intervalos de 1 a 1.107 com a opção de não repetir o número.

Os dados foram tabulados com a identificação da amostra. Quando o paciente foi sorteado mais de uma vez (em casos de mais de um procedimento realizado pelo mesmo indivíduo) o mesmo foi substituído por outro. Este procedimento foi realizado até que o número real da amostra estivesse completo e sem apresentar duplicidade de pacientes, mesmo que em procedimentos cirúrgicos diferentes.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado (Apêndice A), baseado no *checklist* para procedimento cirúrgico ambulatorial desenvolvido e validado por Porcari et al. (2020). No primeiro momento, realizou-se um pré-teste do instrumento. Este pré-teste incluiu a adaptação do instrumento, considerando os dados referentes a completude do perfil da população do estudo e registros do procedimento cirúrgico, desde os momentos da admissão, pré, trans e pós-operatório, tendo como referência teórica os protocolos de segurança da OMS.

As variáveis sociodemográficas foram idade, sexo, município, escolaridade e estado civil. Na admissão do paciente foram verificados documento com foto presente, prontuário presente, etiquetas de identificação presente, etiquetas de identificação correta, termo de consentimento cirúrgico/procedimento assinado e se o paciente está sob alguma precaução específica.

No período pré-operatório verificou-se os registros: consta com encaminhamento; paciente confirma o nome (analisado pela descrição no registro); paciente confirma a data de nascimento (analisado pela descrição no registro);

cirurgia/procedimento a ser realizado; local da cirurgia/procedimento; alergia conhecida; jejum; retirada de prótese e adornos; local da cirurgia demarcado; exames laboratoriais com menos de três meses; exames de imagem; visita pré-anestésica; presença de alguma lesão de pele; comorbidades; verificados sinais vitais (SSVV) de forma completa (FC, FR, PA e T), parcial ou não anotado; risco de perda sanguínea >500ml.

No período transoperatório as variáveis foram: procedimento realizado com anestesia; cirurgião responsável presente na sala (analisado pelo uso do carimbo/registo, houve intercorrência durante o procedimento; e se a equipe de enfermagem presente.

No pós-operatório as variáveis descritas foram: presença de amostra para anatomia patológica; termo de anuência para o exame histopatológico assinado; solicitado retorno e o motivo (mostrar exames, retirada de ponto, novo procedimento ou outros; receita médica; orientado aos sinais flogísticos (calor, rubor, edema, dor e limitação funcional); e descrição cirúrgica realizada.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados elaborado no *Microsoft® Office Excel® 2020* e exportados para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS)* versão 20.0, considerando um nível de significância de 5%.

Realizou-se a estatística descritiva, sendo apresentada a distribuição de frequência absoluta e percentual de completude das variáveis. Para o cálculo da completude de cada variável, considerou-se como denominador o total de prontuários avaliados (n=295).

O nível de completude das variáveis estudadas foi definido de acordo com estudos prévios (Marques et al., 2020; Romero; Cunha, 2006) que consideraram a seguinte classificação: excelente (completude >95%); bom (completude de 90% a 95%); regular (completude de 80 a 90%); ruim (completude de 50% a 80%); muito ruim (completude <50%).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado à comissão de pesquisa e extensão da unidade para solicitação e a autorização para efetiva execução da pesquisa no local, esse documento é denominado Termo de Anuência (Apêndice B).

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFV (CEP-UFV) (parecer nº 5.745.263) (Apêndice C). Todos os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram considerados na condução do estudo (Brasil, 2012).

O estudo dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, baseado na Carta Circular 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS, por se tratar de um delineamento retrospectivo, busca em prontuários com dados já previamente registrados, de pacientes que já finalizaram a intervenção no referido setor do serviço de saúde. Ainda, este estudo não utilizará dados de identificação ou que possuem potencial causador de constrangimentos ao paciente (hábitos de vida, questões sociais). É garantido o sigilo, confidencialidade e anonimato destes dados, respeitando a dignidade, autonomia conforme a Resolução CNS nº196/96.

Para acesso e manuseio de dados iniciais relacionados à amostra de pesquisa, foi assinado pela pesquisadora principal o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice D). Para preservação de informações pessoais, cada prontuário foi numerado em ordem crescente, garantindo a privacidade e estrito anonimato de todos.

5. RESULTADOS

Em consonância às recomendações do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), os resultados do presente estudo serão apresentados em forma de artigo científico e produto técnico. O artigo apresenta-se no formato que foi submetido a Revista Interface - Comunicação, saúde, educação (Anexo A).

5.1 ARTIGO

FOLHA DE ROSTO

MODALIDADE Artigo Original

Completeness of records regarding safe surgery in a minor procedures outpatient clinic

Completeness of records regarding safe surgery in a minor procedures outpatient clinic

Integridad de los registros sobre cirugía segura en una clínica ambulatoria de procedimientos menores

Título resumido em português: Completeness of records regarding safe surgery in a minor procedures outpatient clinic

Ana Cristine Pepe Parabocz¹ - orcid.org/0000-0001-6488-0279

Luana Vieira de Toledo² - orcid.org/0000-0001-9527-7325

Arieta de Jesus Felisberto² - orcid.org/0000-0001-53814866

Isabelle Cândido Mota² - orcid.org/0009-0006-2527-9273

Andréia Guerra Siman² - orcid.org/0000-0001-7990-9273

¹Universidade Federal de Viçosa, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Viçosa, MG, Brasil

²Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, MG, Brasil

CORRESPONDÊNCIA

Ana Cristine Pepe Parabocz | e-mail: ana.pepe@ufv.br

FINANCIAMENTO

Não se aplica

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Artigo derivado de dissertação de mestrado intitulada “Segurança do paciente: avaliação dos registros assistenciais de um ambulatório de ensino de pequena cirurgia”, defendida por Ana Cristine Pepe Parabocz junto ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa, em 2024.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Parabocz ACP, Siman AG, Toledo LV e Felisberto AJ participaram na concepção e desenho da pesquisa. Parabocz ACP e Felisberto AJ participaram na coleta de dados. Toledo LV na análise e interpretação dos dados. Parabocz ACP, Siman AG, Toledo LV e Mota IC conduziram a metodologia, revisão da literatura e redação do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

RESUMO

Objetivo: analisar a completude dos registros médicos referentes à cirurgia segura de pacientes atendidos em um ambulatório. **Métodos:** estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo. Dados foram coletados em dezembro de 2021. Avaliou-se 295 prontuários. Foram analisadas variáveis relacionadas a admissão, pré, trans e pós-operatório. Aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** destaca-se as variáveis visita pré-anestésica e risco de perda sanguínea com completude excelente (100%); alergia conhecida (63,7%), comorbidades (67,5%), registro de intercorrência (8,5%) e termo de anuência assinado 68,8% com completude ruim; exames de imagem e laboratoriais (0,7%), verificado sinais vitais, confirmação de data de nascimento (0,3%), receita médica (42,4%), solicitação de retorno (28,8%), orientação de sinais flogísticos (18%) com completude muito ruim. **Conclusão:** evidenciou-se baixa completude das informações.

Palavras-chave: Enfermagem, Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the completeness of medical records related to safe surgery of patients treated in an outpatient clinic. **Methods:** quantitative, descriptive, retrospective study. Data were collected in December 2021. A total of 295 medical records were evaluated. Variables related to admission, pre, trans and postoperative were analyzed. Ethical aspects were respected. **Results:** Pre-anesthetic visit and risk of blood loss variables stood out with excellent completeness (100%); known allergy (63.7%), comorbidities (67.5%), occurrence record (8.5%), and signed consent form (68.8%) with poor completeness; imaging and laboratory tests (0.7%), vital signs

checked, date of birth confirmation (0.3%), medical prescription (42.4%), return appointment request (28.8%), guidance on inflammatory signs (18%) with very poor completeness. **Conclusion:** low completeness of information was evidenced.

Keywords: Nursing, Ambulatory Surgical Procedures, Patient Safety.

RESUMÉN

Objetivo: analizar la completitud de los registros médicos relacionados con la cirugía segura de pacientes atendidos en una clínica ambulatoria. **Métodos:** estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Los datos se recompilaron en diciembre de 202. Se evaluaron un total de 295 registros médicos. Se analizaron variables relacionadas con la admisión, preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. Se respetaron los aspectos éticos. **Resultados:** la visita preanestésica y las variables de riesgo de pérdida de sangre destacaron con una completitud excelente (100%); alergia conocida (63.7%), comorbilidades (67.5%), registro de interurrencias (8.5%) y formulario de consentimiento firmado (68.8%) con una completitud pobre; exámenes de imagen y laboratorio (0.7%), signos vitales verificados, confirmación de fecha de nacimiento (0.3%), receta médica (42.4%), solicitud de cita de seguimiento (28.8%), orientación sobre signos inflamatorios (18%) con completitud muy pobre. **Conclusión:** se evidenció una baja completitud de la información.

Palabras clave: Enfermería, Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente remete a uma questão global de saúde pública que exige dos sistemas uma cobertura de saúde completa, universal e efetiva. Os

prejuízos gerados aos pacientes provenientes de erros dos profissionais de saúde lideram as causas de agravos, sendo as práticas inseguras e equívocos na administração de medicamentos as principais razões para danos evitáveis em escala global¹.

Nesse sentido, verifica-se que, aproximadamente, 10% dos pacientes enfrentam danos nos cuidados de saúde e que mais de três milhões de mortes ocorrem anualmente devido à prestação de cuidados não seguros². Nesse sentido, em virtude de tais valores expressivos, cresce a preocupação com a segurança do paciente e oferta de cuidado qualificado e seguro.

A fim de se obter uma assistência de qualidade e segura, várias estratégias podem ser adotadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que dá ênfase em seis estratégias para inibir os eventos adversos durante os cuidados em saúde. São elas a correta identificação do paciente; aprimoramento da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde; aperfeiçoamento na elaboração de prescrições, dispensação e administração de medicamentos; prática regular de higienização das mãos; avaliação sistemática dos pacientes quanto ao risco de quedas e lesões por pressão e execução de procedimentos cirúrgicos com segurança³⁻⁵.

No que se refere aos pequenos procedimentos realizados em ambulatórios, algumas estimativas sugerem que 40% dos pacientes sofrem agravos nos ambientes primários e ambulatoriais, sendo que até 80% desses danos podem ser evitados². Portanto, a adoção de ações que busquem diminuir essas intercorrências se mostra fundamental. Diante desse contexto, uma das formas de minimizar eventos adversos e prevenir danos é o registro adequado e completo nos prontuários dos pacientes².

A origem da palavra "prontuário" vem do latim *promptuarium* e refere-se ao lugar onde são armazenadas informações úteis e dados relevantes sobre uma pessoa^{6,7}. Do ponto de vista conceitual, a ação de registrar em prontuário remete ao procedimento profissional de anotar, de maneira cronológica e sistemática, as informações derivadas do atendimento e procedimentos realizados^{7,8}.

A partir disso, verifica-se que o prontuário é preponderante no que tange aos cuidados do profissional médico com os clientes. Tal documento traz registros de toda a assistência prestada, contemplando o estado de saúde do paciente, sua evolução, eventos antecedentes e intercorrências, juntamente com as medidas adotadas diante delas. O prontuário abrange também o relatório de alta, sendo este um instrumento eficaz para determinar a responsabilidade do profissional. Assim, este documento é crucial para o acompanhamento clínico e a documentação do paciente em relação à patologia e aos procedimentos utilizados^{9,10}.

Contudo, mesmo verificada a significativa relevância das anotações, nota-se fragilidades nos registros em prontuários, afetando de forma direta a probabilidade de ocorrência de eventos adversos. Tais fragilidades prejudicam a comunicação multiprofissional e, conseqüentemente, contribuem para a fragmentação do cuidado oferecido. Isso representa, também, um desafio na avaliação da qualidade da assistência ofertada⁷. Desta forma, questiona-se: como se dá a completude dos registros médicos referente à cirurgia segura em um ambulatório de pequenos procedimentos?

Assim, esse estudo buscou analisar a completude dos registros médicos referentes à cirurgia segura de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, documental e retrospectivo sobre a completude dos registros médicos referentes aos indicadores de cirurgia segura nos prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos.

O estudo foi realizado em um ambulatório de saúde vinculado a uma instituição pública de ensino superior no interior de Minas Gerais/MG. A referida unidade oferece atendimentos especializados de origem clínica e de pequenos procedimentos cirúrgicos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se como um centro de difusão de conhecimento mediante atividades de ensino, pesquisa e extensão. Os atendimentos são realizados por alunos de graduação em Medicina, Enfermagem, Nutrição e da residência médica, supervisionados por professores e/ou preceptores. O serviço é referência para uma população de aproximadamente 146.508 (cento e quarenta e seis mil quinhentos e oito) pessoas, realizando, em média, 10 mil atendimentos por ano.

A população do estudo foi composta pelos pacientes que passaram por atendimento cirúrgico na referida instituição, no ano de 2021 (N = 1.107 pacientes). Foram incluídos pacientes de todas as idades que realizaram alguma intervenção cirúrgica entre os meses de janeiro e dezembro de 2021. Foram excluídos os pacientes que tiveram suas cirurgias canceladas, por qualquer motivo. A amostra final, calculada considerando o nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, foi de 295 pacientes. Portanto, nesse estudo foram analisados os prontuários de 295 pacientes aleatoriamente sorteados entre a população do estudo.

Para a realização do sorteio dos prontuários utilizou-se o relatório de atendimento da unidade do respectivo ano de 2021 contendo os dados dos pacientes

e a data dos atendimentos. Cada prontuário recebeu um número seguindo a ordem cronológica dos atendimentos. Foi realizado um sorteio por meio de um aplicativo digital chamado “Sorteador de números”, sendo sorteados 295 números nos intervalos de 1 a 1.107 com a opção de não repetir o número.

Os dados foram tabulados com a identificação da amostra. Para evitar duplicidades, pacientes sorteados mais de uma vez (em casos de mais de um procedimento realizado pelo mesmo indivíduo) foram substituídos por outro até que a amostra estivesse completa.

Utilizou-se um questionário previamente validado e adaptado para a coleta de dados baseado no *checklist* para procedimento cirúrgico ambulatorial⁵. O instrumento incluiu dados sociodemográficos e dados referentes ao procedimento cirúrgico, da admissão, períodos pré, trans e pós-operatório, tendo como referência teórica os protocolos de segurança da OMS⁵.

As variáveis sociodemográficas foram: idade, sexo, município, escolaridade e estado civil. Na admissão do paciente foram verificadas as seguintes variáveis: documento com foto; prontuário; etiquetas de identificação; etiquetas de identificação correta; termo de consentimento cirúrgico/procedimento assinado; e se o paciente está sob alguma precaução específica.

No período pré-operatório foram verificados os registros: consta com encaminhamento; paciente confirma o nome (analisado pela descrição no registro); paciente confirma a data de nascimento (analisado pela descrição no registro); cirurgia/procedimento a ser realizado; local da cirurgia/procedimento; alergia conhecida; jejum; retirada de prótese e adornos; local da cirurgia demarcado; exames laboratoriais com menos de 3 meses; exames de imagem; visita pré-anestésica; presença de alguma lesão de pele; comorbidades; verificados sinais vitais (SSVV) de

forma completa (FC, FR, PA e T), parcial ou não anotado; risco de perda sanguínea >500ml.

No período transoperatório as variáveis foram: procedimento realizado com anestesia; cirurgião responsável presente na sala (analisado pelo uso do carimbo/registro, houve intercorrência durante o procedimento; e se a equipe de enfermagem presente.

No pós-operatório as variáveis descritas foram: presença de amostra para anatomia patológica; termo de anuência para o exame histopatológico assinado; solicitado retorno e o motivo (mostrar exames, retirada de ponto, novo procedimento ou outros; receita médica; orientado aos sinais flogísticos (calor, rubor, edema, dor e limitação funcional); e descrição cirúrgica realizada.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados elaborado no *Microsoft® Office Excel® 2020* e exportados para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS)*, versão 20.0.

Realizou-se a estatística descritiva, sendo apresentada a distribuição de frequência absoluta e completude das variáveis, ou seja, o percentual de preenchimento das mesmas. Para o cálculo da completude de cada variável, considerou-se como denominador o total de prontuários avaliados (n=295).

O nível de completude das variáveis estudadas seguiu a seguinte classificação: excelente (completude >95%); bom (completude de 90% a 95%); regular (completude de 80 a 90%); ruim (completude de 50% a 80%); muito ruim (completude <50%).^{11,12}

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa sob o nº 5.745.263. Os aspectos éticos foram devidamente seguidos conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram analisados 295 prontuários. As variáveis relativas à caracterização sociodemográficas como (data de nascimento, sexo e município) tiveram 100% de preenchimento. O percentual da completude da variável (idade) foi de 73,2% classificada como ruim. As demais variáveis sociodemográficas, como estado civil e escolaridade não apresentaram nenhum registro, sendo a completude classificada como muito ruim, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Completude das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).

Variáveis	Completude	
	(%)	Qualidade
1. Data de nascimento	99,3	Excelente
2. Sexo	93,2	Bom
3. Estado civil	0,0	Muito ruim
4. Escolaridade	0,0	Muito ruim
5. Município	99,6	Excelente
6. Idade	73,2	Ruim

Fonte: Os autores, 2023.

A completude das variáveis relativas à admissão dos pacientes atendidos no ambulatório de pequenos procedimentos foi considerada excelente, com percentual 100% de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2. Completude das variáveis relativas à admissão dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).

Variáveis	Completude	
	(%)	Qualidade
1. Documentos com foto	100	Excelente
2. Prontuário presente	100	Excelente
3. Etiquetas de identificação presente	100	Excelente
4. Etiquetas de identificação corretas	100	Excelente

5. Termo de consentimento cirúrgico/procedimento assinado	100	Excelente
6. Paciente está sob alguma precaução específica	100	Excelente

Fonte: Os autores, 2023.

Na Tabela 3, das 16 variáveis referentes ao período pré-operatório, apenas sete apresentaram completude excelente. A completude das demais variáveis foram classificadas como ruim (12,5%) e muito ruim (43,7%).

Tabela 3. Completude das variáveis relativas ao período do pré-operatório dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).

Variáveis	Completude	
	(%)	Qualidade
1. Consta com encaminhamento	100	Excelente
2. Paciente confirma o nome	100	Excelente
3. Paciente confirma a data de nascimento	0,3	Muito ruim
4. Cirurgia/procedimento a ser realizado	100	Excelente
5. Local da cirurgia/procedimento	99,0	Excelente
6. Alergia conhecida	63,7	Ruim
7. Jejum	100	Excelente
8. Retirada de prótese e adornos	0,0	Muito ruim
9. Local da cirurgia demarcado	0,0	Muito ruim
10. Exames laboratoriais com menos de 3 meses	0,7	Muito ruim
11. Exames de imagem	0,7	Muito ruim
12. Visita pré-anestésica	100	Excelente
13. Presença de alguma lesão de pele	1,4	Muito ruim
14. Comorbidades	67,5	Ruim
15. Verificado Sinais Vitais	0,3	Muito ruim
16. Risco de perda sanguínea > 500ml	100	Excelente

Fonte: Os autores, 2023.

Na Tabela 4, referente ao período transoperatório, verificou-se que, das quatro variáveis analisadas, apenas uma (25,0%) apresentou completude excelente. A completude das demais variáveis (75,0%) foi considerada muito ruim.

Tabela 4. Completude das variáveis relativas ao período do transoperatório dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).

Variáveis	Completude	
	(%)	Qualidade
1. Procedimento realizado com anestesia	24,7	Muito ruim
2. Cirurgião responsável presente em sala	100	Excelente
3. Houve intercorrência durante o procedimento	8,5	Muito ruim
4. Equipe de enfermagem presente	0,0	Muito ruim

Fonte: Os autores, 2023.

No que tange ao período pós-operatório, a maioria das variáveis (57,1%) apresentou baixa completude, sendo considerada como muito ruim. Apenas uma (14,3%) variável apresentou completude excelente, conforme exposto na Tabela 5.

Tabela 5. Completude das variáveis relativas ao período do pós-operatório dos pacientes atendidos no ambulatório de ensino de pequena cirurgia. Minas Gerais, Brasil, 2023 (N = 295).

Variáveis	Completude	
	(%)	Qualidade
1. Presença de amostra para anatomia patológica	78,6	Ruim
2. Termo de anuência para o exame histopatológico assinado	68,8	Ruim
3. Solicitado exame	0,3	Muito ruim
4. Solicitado retorno	28,8	Muito ruim
5. Receita médica	42,4	Muito ruim
6. Orientado por escrito aos sinais flogísticos (calor, rubor, edema, dor e limitação funcional)	18,0	Muito ruim
7. Descrição realizada	100	Excelente

Fonte: Os autores, 2023.

DISCUSSÃO

Foram avaliados 295 prontuários quanto à completude das informações referentes à cirurgia segura. Os resultados aqui encontrados apontam a incompletude dos registros relacionados aos dados sociodemográficos e nos momentos de pré-

operatório, transoperatório e pós-operatório, classificados, em sua maioria, como ruins ou muito ruins.

Os dados mostraram que as informações como data de nascimento, sexo, município de origem e admissão do paciente estiveram preenchidas em todos os prontuários. No entanto, algumas variáveis sociodemográficas (idade, estado civil e escolaridade), alergia conhecida, comorbidade, presença de alguma lesão de pele, exames de imagem e laboratoriais, verificado sinais vitais, confirmação de data de nascimento, retiradas de próteses/adornos, demarcação de local de cirurgia, procedimento realizado com anestesia, registro de intercorrência, presença do profissional de enfermagem, presença de amostra para anatomia patológica, termo de anuência assinado, receita médica, solicitação de retorno, orientação de sinais flogísticos e solicitação de exames apresentaram incompletude no preenchimento. Isso demonstra uma importante lacuna para a segurança do paciente e qualidade da assistência.

O uso de *checklists* para cirurgia segura tem sido fortemente recomendado pela OMS para garantir práticas seguras e efetivas, sendo ferramentas de baixo custo e com potencial de redução de danos na assistência à saúde⁴. Quando são aplicados corretamente, podem reduzir em 40% a mortalidade e em 37% a ocorrência de eventos adversos, evidenciando a importância da prática clínica segura¹³.

Diante da preocupação com a segurança do paciente, o uso de *checklists* para cirurgia segura mostra-se como uma alternativa no desenvolvimento da cultura de segurança nas organizações de saúde¹⁴. Estes instrumentos padronizam os procedimentos, orientam a conduta do profissional e proporcionam melhorias na comunicação entre a equipe¹⁵. No entanto, para que sua utilização seja efetiva, é fundamental a completude e qualidade das informações durante o preenchimento dos

registros. Dados incompletos ou não registrados podem denotar falta de adesão, gerando um indicador assistencial importante da assistência cirúrgica segura.

A partir da análise de completude dos dados sociodemográficos realizada nesse estudo, destaca-se o baixo preenchimento das informações sobre o estado civil, escolaridade e idade. Tais achados divergem do encontrado em outro estudo que avaliou a qualidade dos dados do *checklist* da visita pré-operatória de enfermagem, no qual evidenciou-se o preenchimento do mesmo de forma satisfatória, sendo o percentual de incompletude entre 5% a 9,9%¹⁶.

O uso dessas informações pode assegurar que os pacientes sejam corretamente identificados, pois podem ser usados como um dos dois identificadores recomendados pelo protocolo de segurança do paciente de identificação segura para assegurar a redução de erros¹⁷. Ressalta-se que a informação da idade é fundamental para uma assistência adequada ao ciclo de vida que o indivíduo se encontra, além da importância dessa variável para a indicação de medicamentos e orientações pertinentes no pós-operatório.

A incompletude dos registros de identificação do paciente pode acarretar problemas na segurança e levar à ocorrência de eventos adversos. Deve-se utilizar no mínimo dois identificadores, que podem ser nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento e número de prontuário do paciente. Estes devem estar evidentes e legíveis a fim de evitar a realização de procedimentos em pacientes errados¹⁷. Cabe ressaltar que a correta identificação do paciente deve se iniciar na admissão do mesmo no serviço de saúde, e permanecer durante toda a assistência¹⁸. Isso aumenta a preocupação com inconformidades no preenchimento de várias informações à respeito do paciente.

A presença de dados incompletos pode representar falta de atenção ou de comprometimento por parte do profissional no momento da realização do preenchimento do prontuário, ou, ainda, desconhecimento por parte do informante no momento do preenchimento do mesmo¹⁹. A solicitação de informações e o preenchimento do prontuário devem ser realizados com atenção e comprometimento, a fim de conter o maior número de informações possíveis¹⁹.

A baixa completude dos dados também esteve presente nas variáveis referentes ao período pré-operatório, com destaque para a baixa informação sobre confirmação da data de nascimento (0,3%); alergia conhecida (63,7%), retirada de prótese e adornos (0,0%); local da cirurgia demarcado (0,0%); exames laboratoriais com menos de três meses (0,7%); exames de imagem (0,7%), presença de alguma lesão de pele (1,4%) e comorbidades (67,5%). Tais fatos corroboram com o que foi encontrado em estudo que analisou prontuários em um hospital no interior do Estado de Minas Gerais. Foi evidenciado incoerência e falta de registros nos dados relacionados à checagem do local correto a ser realizado o procedimento (5,2%) e alergia a medicamentos²⁰.

O profissional deve estar atento ao preenchimento adequado das informações do *checklist*, visto que a incompletude do mesmo pode ocasionar riscos. Um exemplo importante e que merece atenção é a conferência da retirada de adornos, visto que o uso do eletrocautério é cada vez mais presente nas cirurgias. Quando não há a remoção de adornos, este equipamento ocasiona risco de queimadura no paciente e a equipe²¹. Portanto, a equipe deve estar atenta a esse detalhe.

Vale ressaltar que, durante o período de pré-operatório, especialmente antes da indução anestésica, o anestesista deve questionar o paciente sobre possíveis alergias²⁰. Neste sentido, o presente estudo evidenciou completude ruim dos dados

de alergia, o que caracteriza um risco de desfecho grave ao paciente, como uma parada cardiorrespiratória e óbito. Estudo realizado em uma clínica cirúrgica no Brasil apontou que os incidentes relacionados à administração de medicamentos foram relatados por 78,5% dos indivíduos estudados, sendo a reação alérgica uma das principais causas²². O desconhecimento de alergias do paciente pode provocar náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, dispneia, hipóxia, taquicardia, hipotensão, ou danos mais graves que podem levar o indivíduo a morte²³. Portanto, deve ser realizado o planejamento de possíveis intercorrências, verificando-se dificuldades respiratórias, risco de aspiração e de sangramento e o suporte adequado quando houver necessidade¹³.

Outro ponto importante que deve ser considerado na avaliação do paciente cirúrgico pela equipe de enfermagem é a verificação dos sinais vitais. Esses dados tiveram completude muito ruim nos prontuários analisados. Tal fato emerge como um alerta, haja vista a importância da vigilância dos sinais vitais. Além de consistirem em uma prática simples na monitorização do paciente, permitem a identificação precoce de alterações que alertam para possíveis complicações clínicas²⁴.

De forma especial, o enfermeiro representa o papel de gestor do cuidado em saúde, administrador da unidade, líder da equipe e representante do contato entre equipe e paciente. Este profissional é responsável pela incorporação, validação e análise de *checklists* a fim de verificar seu correto preenchimento, tendo papel de destaque na segurança do paciente²⁵.

Conforme a análise dos prontuários, o item “comorbidades” obteve completude ruim. Tal fato é preocupante, haja vista que a falta de avaliação e controle de comorbidades no período pré-operatório pode ocasionar na suspensão da cirurgia ou riscos na realização do procedimento e no pós-operatório²⁶.

O presente estudo evidenciou baixa qualidade no preenchimento das informações do período transoperatório, como “procedimento realizado com anestesia”, “intercorrência” e “equipe de enfermagem”. Estes achados tornam-se preocupantes, visto que são itens com potencial de evitar falhas e danos diretos ao paciente²⁷. Assim, deve-se realizar intervenções para auxiliar no preenchimento de tais variáveis, como a implementação de um *checklist* de cirurgia segura. Esse instrumento busca ofertar a realização de procedimentos mais seguros, respaldar a equipe e ao serviço e reduzir a ocorrência de possíveis erros²⁶. O preenchimento adequado do *checklist* pode auxiliar na execução de procedimentos cirúrgicos mais seguros, rápida recuperação e, conseqüentemente, redução de custos²⁸.

Cabe ressaltar que o prontuário é um documento legal do paciente, e que a documentação do Processo de Enfermagem pela equipe de Enfermagem é mandatória, seja ela manual ou eletrônica. Cabe ao enfermeiro o registro de todas as etapas do Processo de Enfermagem e à equipe de Enfermagem a conferência da prescrição e registro de outros documentos de sua responsabilidade²⁹. Ademais, estes registros geram indicadores assistenciais, clínicos e gerenciais, possibilitando um diagnóstico situacional e subsidiando estratégias de treinamento, mobilização da equipe e mudança de práticas.

O relato de intercorrências durante o procedimento e presença da equipe de enfermagem no período transoperatório apresentou completude muito ruim. Ressalta-se que a equipe de enfermagem é essencial no cuidado ao paciente e prevenção de riscos e agravos. Esses profissionais devem estar alertas para a ocorrência e registro das intercorrências, considerando que essas informações servem para conhecimento e investigação dos eventos. Ademais, o enfermeiro deve estar presente em todos os

momentos da internação do paciente e atuar com atenção na monitorização de seu quadro e evolução³⁰.

Das variáveis relativas ao período pós-operatório, apenas a descrição do procedimento obteve completude excelente. As orientações de retorno, exames e de sinais flogísticos e amostra para anatomia patológica tiveram seu preenchimento ruim ou muito ruim. Isso sinaliza uma necessidade urgente de conscientização na adequação das informações pós-operatórias. Para garantir a segurança do paciente, o preenchimento de informações deve ser adequado e abranger todos os momentos cirúrgicos. No entanto, evidencia-se que as listas de verificação referentes ao pós-operatório são as que possuem menor probabilidade de aplicação completa³¹.

Sabe-se que a eficiência do *checklist* está diretamente relacionada ao seu preenchimento completos, pois dados faltantes implicam na saúde do paciente e na realização de procedimentos mais seguros²². Nesse sentido, é urgente a implementação de ações que priorizem a cultura de segurança dos pacientes e envolvam todos os profissionais do serviço. A conscientização sobre a importância da completude de informações deve ser trabalhada e reforçada nas instituições de ensino, a fim de que esses ensinamentos sejam replicados na prática clínica²².

Por fim, em relação ao não cumprimento do *checklist* de cirurgia segura, a literatura aponta maior divergência nos procedimentos de menor gravidade³², corroborando com os achados deste estudo. Revisão sistemática apontou que as principais dificuldades para a completude do instrumento está relacionada à responsabilidade do profissional que irá preencher, à elevada taxa de rotatividade das equipes nos serviços e à limitação cultural e educacional sobre o *checklist*³³. Além disso, fatores organizacionais e sobrecarga de trabalho do profissional também influenciam no preenchimento adequado do instrumento¹⁹.

Cabe destacar que a equipe de enfermagem, sobretudo o enfermeiro, representa um papel de destaque na realização de cirurgias seguras. O enfermeiro, além de representar um importante elo com o paciente e sua família, normalmente é quem preenche o *checklist*. Portanto, esse profissional tem o dever de verificar seu preenchimento, zelar pela qualidade e eficácia do *checklist* e da segurança do paciente no procedimento cirúrgico³⁴.

Os achados deste estudo vão ao encontro dos interesses da saúde pública ao elucidar a importância de registros adequados de procedimentos cirúrgicos e dados de saúde, bem como a padronização para melhor gestão assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou o conhecimento acerca da completude das informações nos prontuários em uma unidade ambulatorial especializada de pequeno porte. Foi identificado baixa completude geral das informações. Dada a importância do preenchimento adequado das informações cirúrgicas na garantia da segurança do paciente, o estudo evidencia a necessidade de adequações no preenchimento dos *checklists*, tendo em vista que sua incompletude pode ocasionar potenciais riscos aos pacientes.

Por fim, torna-se necessário a implementação do *checklist* para cirurgias seguras em ambulatórios de pequeno porte e a incorporação de práticas de educação permanente aos profissionais de saúde a respeito do preenchimento adequado do prontuário do paciente. Essas ações tem o objetivo de reduzir o risco de danos à segurança do paciente. Ademais, tendo em vista a importância do assunto na garantia de boas práticas seguras na segurança do paciente durante o processo cirúrgico, é

imprescindível a realização de outros estudos como este, especialmente em canários ambulatoriais de pequeno porte.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. 71st World Health Assembly side event - Global action on patient safety for achieving effective universal health coverage [Internet]. 2018 [citado 24 Abr 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2018/05/22/default-calendar/71st-world-health-assembly-side-event---global-action-on-patient-safety-for-achieving-effective-universal-health-coverage>.
2. World Health Organization. Patient safety [Internet]. 2023 [citado 24 Abr 2024]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=The%20harm%20can%20be%20caused,2.6%20million%20deaths%20\(4\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=The%20harm%20can%20be%20caused,2.6%20million%20deaths%20(4)).
3. Brasil. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2023 [citado 24 Abr 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009 [citado 24 Abr 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf.
5. Porcari TA, Cavalari PCF, Roscani ANCP, Kumakura AR de SO, Gasparino RC. Safe surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41(e20190321):1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190321>.
6. Ferreira, ABH. *Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 8. ed. Curitiba: Positivo; 2010.
7. Bombarda TB, Joaquim RHVT. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. *Cad saúde colet.* 2022; 30(2):265–73. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>.
8. Matthews MM, Jabri JL. Documentação dos serviços de terapia ocupacional. In: Pedretti LM, Early MB. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas*. São Paulo: Roca; 2004. p.98-107.
9. Araújo ATM, Rechmann IL, Magalhães TA. O sigilo do prontuário médico como um direito essencial do paciente: uma análise a partir das normativas do Conselho

Federal de Medicina. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* 2019; 8(1):95-109. doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v8i1.517>.

10. Gomes LEM, Gomes JT, Negreiros LMV, Leal RF. O prontuário do paciente e o dever legal e ético de registro dos profissionais da saúde: uma revisão literária. *REAS.* 2020; 12(7):1-8. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3615.2020>.

11. Marques CA, Siqueira MM, Portugal FB. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020; 25(3):891–900. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16162018>.

12. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saude Publica.* 2006; 22(3):673–84. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>.

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 24 Abr 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>.

14. Mayer EK, Sevdalis N, Rout S, Caris J, Russ S, Mansell J, et al. Surgical Checklist Implementation Project: The Impact of Variable WHO Checklist Compliance on Risk-adjusted Clinical Outcomes After National Implementation: A Longitudinal Study. *Ann Surg.* 2016; 263(1):58-63. doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001185>.

15. Mejia OAV, Fernandes PMP. Checklists as a central part of surgical safety culture. *Sao Paulo Med J.* 2022;140(4):515-517. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2022.140404052022>.

16. D’Eça Júnior A, Brito MVB, Rodrigues L dos S, Martins R de JS, Rabelo PC. Preoperative nursing visit checklist: data quality assessment. *Rev Enferm UFSM.* 2020; 10(e22):1-12. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769236082>.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 02: protocolo de identificação do paciente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 24 Abr 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-identificacao-do-paciente>. Acesso em: 07 dez. 2023.

18. Alves KYA, Oliveira PTC, Chiavone FBT, Barbosa ML, Saraiva COPO, Martins CCF, et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(1):79–86. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>.

19. Costa JMBS, Farias PG. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3):613-624. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300016>.
20. Ribeiro L, Fernandes GC, Souza EG, Souto LC, Santos ASPD, Bastos RR. Safe surgery checklist: filling adherence, inconsistencies, and challenges. *Rev Col Bras Cir*. 2019; 46(5):1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192311>.
21. Afonso CT, Silva AL, Fabrini DS, Afonso CT, Côrtes MGW, Sant'Anna LL. Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2010; 23(3):183-186. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202010000300010>.
22. Bezerra A, Silva T, Paranaguá T, Souza A, Silva A, Teixeira C. Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. *Cogit. Enferm*. 2016; 21(esp):1-9.
23. Solé D, Spindola MAC, Aun MV, Araújo Azi LMT, Bernd LAG, Garcia DB, et al. Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: documento conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) – Parte II: etiologia e diagnóstico [Update on perioperative hypersensitivity reactions: joint document from the Brazilian Society of Anesthesiology (SBA) and Brazilian Association of Allergy and Immunology (ASBAI) - Part II: etiology and diagnosis]. *Braz J Anesthesiol*. 2020;70(6):642-661. doi: [10.1016/j.bjan.2020.08.008](https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.08.008).
24. Kellett J, Sebat F. Make vital signs great again - A call for action. *Eur J Intern Med*. 2017; 45:13-19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.018>.
25. Silva FAA, Silva AGN. Nursing team in safe surgery: challenges for accessing the protocol. *Rev Enferm UFPI*. 2017; 6(2):23-29. doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i2.5844>.
26. Silva PHA, Conde MBC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacon JC. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. *Rev Col Bras Cir*. 2020; 47(e20202429):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202429>.
27. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *Int J Qual Health Care*. 2013; 25(2):182-187. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>.
28. Silva HLJ, Perez IMP. A adesão da equipe de enfermagem ao checklist de cirurgia segura. *REASE*. 2022; 8(9):884-889. doi: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i9.6919>.
29. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024 [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2024 [citado 24 Abr 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de>

17-de-janeiro-de-2024/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR17349gNJutLsV_6NEvtPWxkW7TYaLbzjr8Xfl8AN8YTpVV4j0eMJG_0xs_aem_AeAbYZ9bawXZByvMCjGKUcM0zwrTfE8ITZDXITHcJzxPAnn1MxqmLeM3Y2eusW5_Fe24fBaJMakcUDf42kic9aU

30. Carvalho NS, Lima J, Araújo, CLO. Eventos notificados em uma UTI de um hospital privado, Certificado do Vale do Paraíba – São Paulo, Brasil. *Saúde (Santa Maria)*. 2017; 43(3): 265-345. doi: <https://doi.org/10.5902/2236583416868>.

31. Fridrich A, Imhof A, Schwappach DLB. Compliance with the surgical safety checklist in Switzerland: an observational multicenter study based on self-reported data. *Patient Saf Surg*. 2022; 16(17):1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/s13037-022-00327-8>.

32. Rossi N, Golinelli L, Bersani F, Geraci M. A retrospective analysis of the factors associated with surgical checklist compliance using data from a local health unit in Italy, 2018-2021. *J Eval Clin Pract*. 2023; 29(8):1372-1379. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.13912>.

33. Wangoo L, Ray RA, HO YH. Compliance and Surgical Team Perceptions of WHO Surgical Safety Checklist; Systematic Review. *Int Surg*. 2016; 10(1-2):35-49. doi: <https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-15-00105.1>.

34. Azevedo DKL, Silva CMP, Maia AL. O papel da gestão de enfermagem na implementação da meta de cirurgia segura: uma revisão de literatura. *Res., Soc. Dev*. 2021; 10(14):99-109. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22711>.

5.2 PRODUTO TÉCNICO

O produto técnico desta dissertação consistiu na realização de uma reunião para a discussão da proposta de implantação de um **Checklist de Cirurgia Ambulatorial**, com o intuito de garantir maior segurança aos pacientes. A reunião ocorreu na instituição cenário deste estudo. A programação está descrita a seguir.

- Participantes:

Coordenação administrativa, Diretoria técnica médica e de enfermagem e Coordenador do ambulatório de pequenas cirurgias da unidade.

- Objetivo geral:

Propor a implantação de um *checklist* para a garantia da segurança dos pacientes submetidos a pequenos procedimentos no ambulatório de pequena cirurgia ambulatorial.

- Metodologia:

A reunião se deu em um encontro presencial na instituição, com duração de duas horas e abordagem teórico-prático. Foram utilizados *slides* com apresentação dos resultados encontrados na pesquisa e do *checklist* proposto.

- Resultados:

A reunião ocorreu em 13 de dezembro de 2023 e teve de duração de 120 minutos. Participaram todos os membros da administração da unidade e coordenação do ambulatório de pequena cirurgia. Todos os momentos da reunião foram documentados por meio de fotos e lista de presença. A reunião contou com momentos de definição das formas de acompanhamento, avaliação e participação, por meio do debate e sugestões propostas ao *checklist*.

Os participantes relataram a importância do *checklist* e sua implementação. Foi demonstrada a necessidade da implementação do mesmo no serviço para a garantia de melhor cuidado ao paciente. Participantes fizeram considerações para adaptação

no instrumento e sinalizaram a importância da folha de evolução anexa ao *checklist*. Esta colocação justifica-se diante da necessidade de melhor descrição e detalhamento do exame físico e avaliação do paciente. Ao fim da reunião, foi aprovado o *Checklist* de Cirurgia Ambulatorial junto à folha de evolução do paciente.

6. CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar a incompletude de preenchimento de informações importantes para a garantia da qualidade dos procedimentos cirúrgicos. Evidenciou-se informações importantes que não foram corretamente preenchidas. O preenchimento incompleto, categorizado como ruim ou muito ruim, foi identificado na análise de informações pré-operatória, transoperatória e pós-operatória.

A partir dos resultados identificados, destaca-se a importância e necessidade de incorporar listas de verificação para o cuidado seguro, especialmente em ambulatórios cirúrgicos de pequeno porte. Esses instrumentos desempenham papel essencial na prática clínica, no que tange à mitigação de riscos, aumento da segurança do paciente e melhorias na comunicação da equipe.

Posto isto, o ensino acerca de listas de verificação aos estudantes de graduação das áreas da saúde e a educação permanente com profissionais de saúde é necessária. Esta ação pode conscientizá-los da importância da completude das informações cirúrgicas e minimizar os riscos atribuídos aos procedimentos.

Ademais, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos acerca da eficácia, implementação e adaptação de *checklists* de cirurgia segura em diferentes ambientes de saúde e desenvolvimento constante da segurança do paciente.

Apesar das limitações e considerações expostas, destaca-se a importância do preenchimento adequado de *checklists* para a segurança do paciente cirúrgico. Políticas públicas e organizacionais precisam ser implementadas em ambientes de saúde, bem como a validação de instrumentos adequados para cada realidade, a fim de fortalecer das ações de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AFONSO, C. T. et al. Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v. 23, n. 3, p. 183-186, 2010.

ALPENDRE, F. T. et al. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. e2907, 2017.

ALVES, K. Y. A. et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n.1, p. 79-86, 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

ARAÚJO, A. T. M.; RECHMANN, I. L.; MAGALHÃES, T. A. O sigilo do prontuário médico como um direito essencial do paciente: uma análise a partir das normativas do Conselho Federal de Medicina. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.**, v.8, n. 1, p. 95-109, 2019.

ASKARIAN, M.; KOUCHAK, F.; PALENIK, C. J. Effect of surgical safety checklists on postoperative morbidity and mortality rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1-year study. **Qual Manag Health Care**, v. 20, p. 293–297, 2011.

AZEVEDO, D. K. L.; SILVA, C. M. P.; MAIA, A. L. O papel da gestão de enfermagem na implementação da meta de cirurgia segura: uma revisão de literatura. **Res., Soc. Dev.**, v. 10, n. 14, p. 99-109, 2021.

BATISTA, J. et al. Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 27, p. e2939, 2019.

BEZERRA, A. L. Q. et al. Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. **Cogitare Enfermagem.**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016.

BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. **Cad saúde colet.**, v. 30, n. 2, p. 265–73, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 02: protocolo de identificação do paciente [Internet]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em:<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-identificacao-do-paciente>. Acesso em: 07 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 abr. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 out. 2024.

BRASIL. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. 2023. Disponível

em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>. Acesso em: 05 jan. 2024.

BRASIL. Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024. **Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 jan. 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR17349gNJutLsV_6NEvtPWxkW7TYaLbzjr8Xfl8AN8YTpVV4j0eMJG_0xs_aem_AeAbYZ9bawXZByvMCjGKUcM0zwrTfE8ITZDXITHcJzxPAnn1MxqmLeM3Y2eusW5_Fe24fBaJMakcUDf42kic9aU

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 out. 2023.

BRITO, W. S. F.; Lima, R. N. Aplicação do checklist de cirurgia segura em centro cirúrgico. **REASE.**, v. 9, n. 7, p. 1369-83, 2023.

CARDOSO, A. S. F. et al. Elaboração e validação de checklist para administração de medicamentos para pacientes em protocolos de pesquisa. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, n. spe, p. e20180311, 2019.

CARVALHO, P. A. et al. Safety culture in the perception of public-hospital health professionals. **Rev. Saúde Pública**, v. 55, p. 56, 2021.

CASTILHO, A. P.; Borges, N. R. M; Pereira, V. T. (orgs.). **Manual de metodologia científica do ILES Itumbiara/GO.** Itumbiara: ILES/ULBRA, 2011.

CAVALCANTE, E. F. DE O. et al. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, n. spe, p. e20180306, 2019.

COIFMAN, A. H. M. et al. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 55, p. e03781, 2021.

COLLINS, S. J. et al. Effectiveness of the surgical safety checklist in correcting errors: a literature review applying Reason's Swiss cheese model. **AORN J.**, v. 100, n. 1, p. 65-79, 2014.

COSTA, C. C. et al. Construção e validação de checklist para sala operatória como dispositivo de segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e71752, 2021.

COSTA, J. M. B. S.; Farias, P. G. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cad. Saúde Pública.**, v. 25, n. 3, p. 613-624, 2009.

COUTO, A. B. F.; DA SILVA, A. L. B.; MEDEIROS, R. DE A. A percepção dos pacientes sobre a qualidade da cirurgia ambulatorial em um Centro Integrado de Saúde em Teresina-PI. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 12369–12379, 2023.

D'EÇA JÚNIOR, A. et al. Check list da visita pré-operatória de enfermagem avaliação da qualidade dos dados. **Rev Enferm UFSM.**, v. 10, n. e22, p. 1-13, 2020.

DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 23 jul. 2023.

FARIA, L. R. D. et al. Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 49, p. e20223286, 2022.

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Rev Col Bras Cir.**, v. 36, n. 4, p. 281-2, 2009.

FERREIRA, L. DE L. et al. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. **Rev. Bras. Enferm**, v. 73, n. 2, p. e20180542, 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, L. E. M. et al. O prontuário do paciente e o dever legal e ético de registro dos profissionais da saúde: uma revisão literária. **REAS [Internet]**, v. 12, n. 7, p. e3615, 2020.

HAUGEN, A. S.; SEVDALIS, N.; SØFTELAND, E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. **Anesthesiology**, v. 131, n. 2, p. 420-425, 2019.

JAGGER, E.; GUNNARSSON, R.; HO, Y. H. Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist correlates with reduced surgical mortality and length of hospital admission in a high-income country. **World J Surg**, v. 43, n. 1, p. 117-24, 2019.

KELLET, J. SEBAT, F. Make vital signs great again - A call for action. **Eur J Intern Med.**, v. 45, p. 13-19, 2017.

LUZ, A. L. A et al. Abordagens quantitativa e qualitativa nas pesquisas em saúde. **Rev Enferm UFPI.**, v. 4, n. 1, p. 129-34, 2015.

MARQUES, C. A.; SIQUEIRA, M. M.; PORTUGAL, F. B. Assessment of the lack of completeness of compulsory dengue fever notifications registered by a small municipality in Brazil. **Cien Saude Colet.**, v. 25, n. 3, p. 891–900, 2020.

Marquioni, F. S. N. et al. Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino. **Rev SOBECC.**, v. 24, n. 1, p. 22-30, 2019.

MATTHEWS, M.M.; JABRI, J. L. Documentação dos serviços de terapia ocupacional.

In: PEDRETTI, L. M.; EARLY, M. B. Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: **Roca**; 2004. p.98-107.

MAYER, E. K. et al. Surgical Checklist Implementation Project: The Impact of Variable WHO Checklist Compliance on Risk-adjusted Clinical Outcomes After National Implementation: A Longitudinal Study. **Ann Surg.**, v. 263, n. 1, p. 58-63, 2016.

MEJIA, O. A. V.; Fernandes, P. M. P. Checklists as a central part of surgical safety culture. **Sao Paulo Med J.**, v. 140, n. 4, p. 515–7, 2022.

METELSKI, F. K. et al. A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental. **Physis**, v. 33, e33009, 2023.

MONTEIRO, G. T. et al. Cirurgia ambulatorial em hospital escola na perspectiva do paciente. **Revista Sustinere**, v. 9, n. 2, p. 675–684, 2022.

OLINO, L. et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, n. spe, p. e20180341, 2019.

OLIVEIRA, A. H. S. et al. Implementação do checklist de cirurgia segura: desafios e o papel da enfermagem. **Única Cadernos Acadêmicos**, v. 1, n. 6, 2020.

OMS. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico**. Lisboa: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2024.

OMS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

OPPERMANN, C. M.; CAREGNATO, R. C. A.; DE AZAMBUJA, M. S. Serviços ambulatoriais privados de saúde: conhecendo as ações de prevenção de infecções para a segurança do paciente. **Vigil Sanit Debate**, v. 7, n. 3, p. 37-45, 2019.

PORCARI, T. A. et al. Safe surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 41, p. e20190321, 2020.

PORCIUNCULA, C. B. **Perfil dos eventos adversos de cirurgia ambulatorial em uma policlínica do Rio de Janeiro**. 2022, 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

POVEDA, V. B. et al. Implementation of a surgical safety checklist in Brazil: cross-sectional study. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 2, p. 1-5, 2021.

PURIM, K. S. M. et al. Checklist de segurança no ensino de cirurgia ambulatorial. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 46, n. 3, p. e20192197, 2019.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ.**, v. 18, n. 320, p. 768-70, 2000.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, jul. 2013.

RIBEIRO, L. et al. Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 46, n. 5, p. e20192311, 2019.

ROCHA, M. S. et al. Incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento: estudo retrospectivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE02192, 2023.

RODRIGO-RINCON, I. et al. The effects of surgical checklists on morbidity and mortality: a pre- and post-intervention study. **Acta Anaesthesiol Scand.**, v. 59, n. 2, p. 205-214, 2015.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad Saude Publica.**, v. 22, n. 3, p. 673–84, 2006.

ROSSI, N et al. A retrospective analysis of the factors associated with surgical checklist compliance using data from a local health unit in Italy, 2018-2021. **J Eval Clin Pract.**, v. 29, n. 8, p. 1372-1379, 2023.

RYDENFÄLT, C. et al. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. **Int J Qual Health Care.**, v. 25, n. 2, p. 182-7, 2013.

SANTANA, T. S. et al. Implantação do Protocolo “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, Com Foco na Qualidade da Assistência Prestada no Perioperatório. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 4, p. 9408–9419, 2020.

SANTOS, E. A.; DOMINGUES, A. N.; EDUARDO, A. H. A. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 75-88, 2020.

SANTOS, J. S. et al. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. **Medicina**, v. 41, n. 3, p. 274-286, 2008.

SANTOS, S. M. P.; BONATO, M.; SILVA E. F. M. Checklist de cirurgia segura: conhecimento da equipe cirúrgica. **Enferm. Foco.**, v. 11, n. 4, p. 214-220., 2020.

SILVA, F. A. A.; SILVA, A. G. N. Nursing team in safe surgery: challenges for accessing the protocol. **Rev Enferm UFPI.**, v.6, n. 2, p. 23-29, 2017.

- SILVA, F. G. et al. Análise de eventos adversos em um Centro Cirúrgico ambulatorial. **Revista SOBECC**, v. 20, n. 4, p. 202–209, 2015.
- SILVA, F. P. DA. et al. Notificação de incidentes e a segurança do paciente em tempos de pandemia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE00952, 2023.
- SILVA, H. L. J.; Perez, I. M. P. A adesão da equipe de enfermagem ao checklist de cirurgia segura. **REASE**, v. 8, n. 9, p. 884-9, 2022.
- SILVA, R. H.; GATTI, M. A. N. Segurança do paciente e cirurgia segura: uma revisão integrativa. **Vittalle**, v. 32, n. 2, p. 121-130, 2020.
- SIMAN, A. G. et al. Practice challenges in patient safety. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1504–1511, nov. 2019.
- SOLÉ, D. et al. Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: documento conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) – Parte II: etiologia e diagnóstico [Update on perioperative hypersensitivity reactions: joint document from the Brazilian Society of Anesthesiology (SBA) and Brazilian Association of Allergy and Immunology (ASBAI) - Part II: etiology and diagnosis]. **Braz J Anesthesiol.**, v. 70, n. 6, p. 642-661, 2020.
- SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.
- TECHY, A. M.; SAKAE, T. M.; BIANCHINI, M. Perfil das cirurgias ambulatoriais realizadas em hospital no sul do estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.37, n. 3, p. 52-57, 2008.
- TOSTES, M. F. DO P.; GALVÃO, C. M. Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. e3104, 2019.
- TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: BRASIL. **Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017.
- VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. DA C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00223019, 2020.
- Villar, V. C. F. L.; Martins, M.; Rabello, E. T. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, p. e2021005, 2021.
- WANGOO, L.; RAY, R. A.; HO, Y. H. Compliance and Surgical Team Perceptions of WHO Surgical Safety Checklist; Systematic Review. **Int Surg.**, v. 101, n. 1-2, p. 35-

49, 2016.

WHITE, M. C. et al. Implementation and evaluation of nationwide scale-up of the Surgical Safety Checklist. **BJS.**, v. 106, n. 2, p. e91-e102, 2019.

WHO. **World alliance for patient safety**. The second Global Patient safety challenge. Safe surgery saves lives. Geneva; 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70080>. Acesso em: 13 dez. 2023.

WHO. World Health Organization. **71st World Health Assembly side event - Global action on patient safety for achieving effective universal health coverage**. 2018.

WHO. World Health Organization. **Patient safety**. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2023>. Acesso em: 01 dez. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO ADAPTADO DE PORCARI et al. (2020) E UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados		
Instrumento para coleta dos dados adaptado pela pesquisadora usando como referência PORCARI ET al.,2020		ID: _____
1. Dados sociodemográficos	3. Período pré-operatório	3.9 Risco de perda sanguínea > 500ml? () S () N () N/A
1.1 Nome: _____	2.5 Consta com o encaminhamento? () S () N	4. Período transoperatório
1.2 Telefone de contato: _____	2.6 Paciente confirma o nome (Analisado pela descrição no registro)? () S () N	4.0 Procedimento realizado com anestesia? () S () N
1.3 Município: _____	2.7 Paciente confirma a data de nascimento (Analisado pela descrição no registro)? () S () N	4.1 Cirurgião responsável presente em sala (analisado pelo uso do carimbo/registro)? () S () N
1.4 Data de nascimento? () S () N	2.8 Cirurgia/procedimento a ser realizado? () S () N	4.2 Houve intercorrência durante o procedimento? () S () N Se sim qual? _____
1.5 Idade? () S () N Se sim _____ anos	2.8.1 Local da cirurgia/procedimento? () S () N Local: _____	4.3 Equipe de Enfermagem presente? () S () N
1.6 Sexo? () F () M () N/R	2.9 Alergia conhecida? () S () N Se sim qual? _____	5. Período pós-operatório
1.7 Escolaridade: () S () N Se sim quais? _____	3.0 Jejum? () S () N () N/A	4.4 Presença de amostra para anatomia patológica? () S () N () N/A
1.8 Estado civil? () Casado(a) () Solteira () Divorciada () N/R	3.1 Retirado prótese e adornos? () S () N () N/A	4.5 Termo de Anuência para o exame histopatológico assinado? () S () N () N/A
2. Admissão do paciente	3.2 Local da cirurgia demarcado? () S () N	4.6 Solicitado exame? () S () N
1.9 Documento com foto presente? () S () N () N/A	3.3 Exames laboratoriais com menos de 3 meses? () S () N	4.7 Solicitado retorno? () S () N
2.0 Prontuário presente? () S () N	3.4 Exames de imagem? () S () N	4.7.1 Se sim motivo: () ME () RP () NP () O
2.1 Etiquetas de identificação presente? () S () N	3.5 Visita pré-anestésica? () S () N () N/A	4.8 Receita médica? () S () N
2.2 Etiquetas de identificação corretas? () S () N	3.6 Presença de alguma lesão de pele? () S () N	4.9 Orientado por escrito aos sinais flogísticos (calor, rubor, edema, dor e limitação funcional)? () S () N
2.3 Termo de Consentimento Cirúrgico/procedimento assinado? () S () N	3.7 Comorbidade? () S () N Se sim qual? _____	5.0 Descrição cirúrgica realizada? () S () N
2.4 Paciente está sob alguma precaução específica? () S () N	3.8 Verificados sinais vitais? () Completos (FC,FR,PA e T) () Parcial () N/R	Legenda: N= não, S= sim, N/A= não se aplica, N/R= não registrado, O= outros, M/E= mostrar exame, R/P= retirada de ponto, N/P= novo procedimento

APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA



DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM UNIDADE DE
ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE



Praça w s/n – Viçosa, MG – 36570-133 – Telefone: (31) 3612-5580 - E-mail: uaesufv@gmail.com

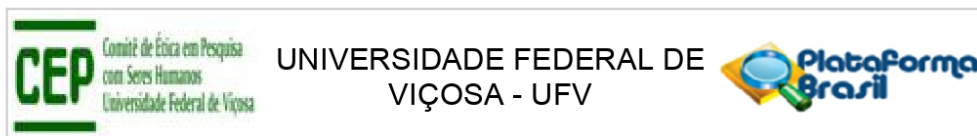
AUTORIZAÇÃO

Eu, Dalila Teixeira Leal, na qualidade de responsável pela Comissão de Pesquisa e Extensão da Unidade Atenção Especializada em Saúde (UAES) autorizo a realização da pesquisa intitulada "SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM AMBULATÓRIO DE PEQUENA CIRURGIA DE ENSINO NA MICRORREGIÃO DE VIÇOSA, MINAS GERAIS", a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Andréia Guerra Siman. Declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. A pesquisa será custeada pelos pesquisadores, sem custos para a UAES.

Dalila Teixeira Leal.
ENFERMEIRA
COREN - MG: 180081

Dalila Teixeira Leal
Enfermeira
Comissão de Pesquisa e Extensão
Unidade de Atenção Especializada em Saúde

APÊNDICE C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Segurança do paciente em um ambulatório de pequena cirurgia vinculado a uma instituição de ensino

Pesquisador: Andreia Guerra Siman

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64381722.1.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Medicina e Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.745.263

Apresentação do Projeto:

Introdução: A segurança do paciente é definida como "a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado a atenção à saúde". É um tema atual e constitui em uma preocupação contínua nos serviços de saúde devido ao impacto dos incidentes e suas consequências.

Os serviços ambulatoriais de pequenas cirurgias incorporam tecnologia e aumentam a diversidade de atendimentos, focando na prevenção, diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Avaliar a qualidade dos registros médicos referentes à cirurgia segura, nos prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos de uma universidade pública do interior de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo descritivo, documental,

retrospectivo, de natureza quantitativa. Os dados serão coletados nos prontuários físicos entre os meses de janeiro a maio de 2023, dos pacientes que passaram pelo ambulatório de pequena cirurgia, referentes aos atendimentos ocorridos entre os meses de janeiro a junho de 2021. Com os dados serão elaborados o perfil da população do estudo e analisados o procedimento cirúrgico, nos momentos do pré, trans e pós-operatório. Os dados obtidos serão tabulados em software Microsoft® Excel® (2020) e analisados por estatística simples em frequência absoluta e relativa utilizando o programa SPSS (20.0) tendo como referência teórica os protocolos de segurança do Ministério da Saúde. **Resultados esperados:**

Identificar se os registros nesses prontuários relacionados a cirurgia segura estão de acordo com o

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.745.263

instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e com isso elaborar um instrumento em forma de "checklist" adaptado às necessidades da instituição, que garanta ações que promovam a segurança dos pacientes em procedimentos cirúrgicos ambulatorial. Sendo um instrumento simples, com possibilidade de mensuração de impacto, baixo custo de implementação e aplicação, de fácil utilização e recomendada como intervenção efetiva. Conclusão: Trata-se de uma pesquisa em andamento do programa de pós-graduação das ciências da saúde da Universidade Federal Viçosa (UFV) que busca identificar as fragilidades e potencialidades apresentadas nos registros médicos de um ambulatório de pequena cirurgia que funciona em uma unidade de ensino, em Minas Gerais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade dos registros médicos referentes à cirurgia segura, nos prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos vinculado a uma instituição de ensino público.

Objetivo Secundário:

1- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos no ambulatório de pequenos procedimentos; 2- Verificar se os registros relacionados a cirurgia segura estão de acordo com o instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nos momentos do pré, trans e pós-operatório; 3- Identificar as fragilidades e as potencialidades dos registros referentes a cirurgia segura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

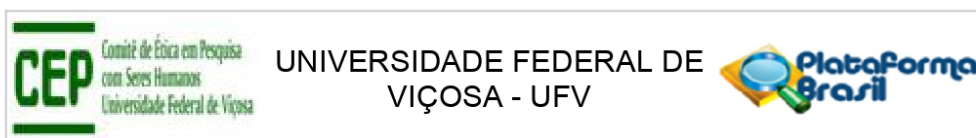
Riscos:

Identifica-se como possível risco relacionado à coleta de dados a possibilidade de extravio de documentos, exposição de dados confidenciais ou perdas advindas de falhas de máquina ou computador utilizado para armazenamento. Como forma de minimizar tais riscos, os dados serão manipulados somente pela pesquisadora, sem compartilhamentos, mantendo sigilo e confidencialidade. Eles serão utilizados apenas para fins da pesquisa, mantidos em banco de dados por cinco anos e, após, serão descartados.

Benefícios:

Acredita-se que o presente estudo trará benefícios tanto científicos, com a produção de conhecimento para a comunidade acadêmica e universitária,

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.745.263

quanto sociais; uma vez que, busca viabilizar, através de um produto técnico de fácil aplicabilidade, melhoria à assistência prestada aos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, documental, com o objetivo de se investigar fichas de atendimento ambulatorial, que servirão de base para avaliar a segurança do paciente em processos cirúrgicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta PB, folha de rosto, termo de confidencialidade de uso de dados, orçamento, questionário a ser seguido, projeto, termo de anuência de uso da unidade, cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

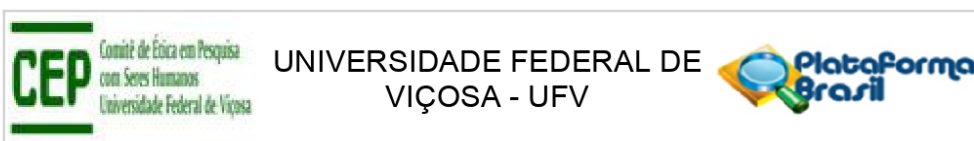
Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2035986.pdf	18/10/2022 15:53:48		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinado.pdf	18/10/2022 15:30:43	ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	termo_de_compromisso_de_utilizacao_de_dados.pdf	18/10/2022 15:02:38	ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	18/10/2022 15:01:47	ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ	Aceito
Outros	questionario.pdf	18/10/2022 15:00:15	ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ	Aceito
Projeto Detalhado	projeto.pdf	18/10/2022	ANA CRISTINE	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.745.263

/ Brochura Investigador	projeto.pdf	14:59:30	PARABOCZ	Aceito
Declaração de concordância	anuencia.pdf	18/10/2022 14:58:49	ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/10/2022 14:45:57	ANA CRISTINE PEPE PARABOCZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VICOSA, 08 de Novembro de 2022

Assinado por:
Guilherme de Azambuja Pussieldi
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo	CPF
Andréia Guerra Siman	039.419.396-29
Ana Cristine Pepe Parabocz	035.730.659-70
Luana Vieira Toledo	083.455.226-45

2. Identificação da pesquisa

- a) Título do Projeto: "Segurança do paciente em um ambulatório de pequena cirurgia vinculado a uma instituição de ensino"
- b) Programa: Pós-graduação em Ciências da Saúde - Departamento de Medicina e Enfermagem – DEM/UFV
- c) Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Andréia Guerra Siman

3. Descrição dos Dados

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa (CEP-UFV) com objetivo de avaliar os registros médicos referentes à cirurgia segura, nos prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de pequenos procedimentos de uma universidade pública do interior de Minas Gerais

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado.

Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFV (CEP/UFV): Universidade Federal de Viçosa Edifício Arthur Bernardes, piso inferior Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário. Cep: 36570-900 Viçosa /MG.

Email: cep@ufv.br.

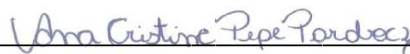
4. Declaração do pesquisador

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do local do banco ou instituição de coleta, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob minha responsabilidade. Também declaro que não repassarei os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFV.

Viçosa, 18 de outubro de 2022.



Ana Cristine Pepe Parabocz

CPF: 035.730.659-70

ANEXOS

ANEXO A – DOCUMENTO DE SUBMISSÃO DE MANUSCRITO REVISTA
INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO.

Confirmação da submissão

 imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ID do manuscrito

ICSE-2024-0324

Título

MODALIDADE Artigo Original Completude dos registros referentes à cirurgia segura em um ambulatório de pequenos procedimentos

Autores

Parabocz, Ana Cristine

Data da submissão

08-jul-2024