

AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA META INTERNACIONAL NÚMERO 4 DE SEGURANÇA EM HOSPITAL MILITAR

EVALUATION OF THE APPLICATION OF THE INTERNATIONAL SAFETY NUMBER 4 IN MILITARY HOSPITAL

HENRIQUE MANSUR. Doutorando (UNB), Especialista em Gestão em Saúde (Senac).

CESAR BARBOSA GONÇALVES. Médico Ortopedista, Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

ELOISE CRISTIANI BORRIEL VIEIRA. Professora do Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde (SENAC).

JOÃO LUIZ QUAGLIOTTI DURIGAN. PhD Ciências Fisiológicas, Professor Adjunto Ciências da Reabilitação (UNB).

SQN 108, bloco I, Asa Norte, Brasília - Distrito Federal, CEP 70744-090. E-mail: henrimansur@globo.com

RESUMO

Objetivo: A Meta internacional de número 4 de segurança tem por finalidade assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos. Desta forma, o objetivo do trabalho foi avaliar como esta meta de segurança é aplicada em um hospital militar e o grau de relevância na segurança dos pacientes, sob a perspectiva dos funcionários da instituição. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa e analítica, através de um questionário estruturado preenchido pelos profissionais da instituição sobre os Elementos de Mensuração da meta número 4 de segurança, definidos pela Joint Commission International (JCI). **Resultados:** No total foram entrevistados 31 profissionais de saúde da instituição, entre enfermeiras (6,40%), técnicos de enfermagem (29,10%) e médicos (64,50%). Observou-se que a Meta é aplicada no hospital conforme proposto pela JCI. Alguns dos elementos de mensuração não são aplicados integralmente ou a todos os pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos, entretanto, 96,7% dos profissionais que participaram dos estudos reconhecem a importância da meta 4, considerando sua aplicação indispensável para todos os pacientes cirúrgicos. **Conclusões:** Este estudo contribui para o planejamento de ações, especialmente na educação continuada, a supervisão permanente dos funcionários e a busca de falhas de forma proativa e não punitiva, objetivando uma cultura solidificada voltada à segurança e a busca pela acreditação hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação hospitalar. Segurança. Auxiliares de Cirurgia. Salas Cirúrgicas.

ABSTRACT

Objective: The International Goal of Safety Number 4 is to ensure surgeries with correct intervention site, correct procedure and patient. Thus, the objective of

the study was to evaluate how this goal of safety is applied in a military hospital and the degree of relevance in patient safety from the perspective of the institution's employees. Methods: A descriptive-exploratory research, with a quantitative and analytical approach, was carried out through a structured questionnaire filled out by the institution's professionals about the Measurement Elements of the goal number 4 of safety, as defined by the Joint Commission International (JCI). Results: In total, 31 health professionals from the institution were interviewed, including nurses (6.40%), nursing technicians (29.10%) and physicians (64.50%). It was observed that the Goal is applied in the hospital as proposed by JCI. Some of the elements of measurement are not applied integrally or to all patients who are submitted to surgical procedures, however, 96.7% of the professionals who participated in the studies recognize the importance of the Goal 4, considering its application indispensable for all surgical patients. Conclusion: This study contributes to the planning of actions, especially in continuing education, the permanent supervision of employees and the search for failures in a proactive and non-punitive way, aiming at a solidified culture focused on safety and the search for hospital accreditation.

KEYWORDS: Hospital accreditation. Security. Operating Room Technicians. Operating Rooms.

INTRODUÇÃO

No mundo inteiro, a busca para coibir o erro médico e danos aos pacientes é crescente. Na década de 80, a Academia Americana de Cirurgias Ortopédicas (AAOS) criou a iniciativa “Wrong Site Surgery”, com o objetivo de reduzir e potencialmente eliminar o erro de cirurgia no local errado (AAOS, 2003). O Institute of Medicine (IOM) publicou, em 1999, um relatório sobre o enorme impacto das perdas humanas, nos Estados Unidos, decorrentes de erros antes de procedimentos cirúrgicos, considerados evitáveis (BORK, 2007). Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), com o intuito de criar políticas para aumentar a segurança dos pacientes. Inicialmente foram definidas três campanhas chamadas Desafios Globais: uma assistência limpa é uma assistência mais segura, cirurgias seguras salvam vidas e prevenção da resistência aos antimicrobianos (WHO, 2008). No biênio 2007-2008, o segundo desafio global definiu como prioridade a segurança na assistência cirúrgica, por meio de quatro ações importantes: prevenção de infecções do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e indicadores da assistência cirúrgica (OPAS/OMS, 2008). Em 2008, o Ministério da Saúde aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, propondo uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (checklist) para ser amplamente difundido e empregado pelos hospitais (OPAS/OMS, 2008).

Estima-se que no ano de 2004 foram realizadas mais de 200 milhões de operações em todo o mundo, resultando em sete milhões de complicações e, pelo menos, dois milhões de mortes, durante ou logo após a cirurgia. Desse total de complicações, aproximadamente 50% são causadas por erros cirúrgicos evitáveis (WEISER, 2008). Mendes (2009) publicou um estudo realizado em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro, no qual foram identificados 66.7% de erros considerados evitáveis, sendo 35% deles

relacionados a operações. De fato, o ambiente cirúrgico é considerado como um local altamente inseguro, havendo, aproximadamente, um evento adverso para cada 10.000 cirurgias (AMALBERTI, 2005).

Nesse contexto, o checklist tornou-se mandatório em diversos países, como os Estados Unidos, por reduzir o número de erros e complicações (HAYNES, 2009) e aumentar a segurança do paciente e a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica (GILLESPIE, 2014), tornando-se sinônimo de boas práticas nos serviços onde for implantado, além representar um custo irrisório às instituições, especialmente ao ser comparado com os custos das complicações evitáveis (ALPENDRE, 2017).

O 2009, o New England Journal of Medicine publicou os primeiros resultados da implementação do checklist proposto pelo programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com redução de 36% no número de complicações classificadas como grandes, e queda da mortalidade em 47%. Além disso, os índices de infecção e de re-operações reduziram em 50% e 25%, respectivamente, comprovando a efetividade na segurança dos pacientes operados (HAYNES, 2009). Concordando com esse resultado, a Organização Mundial de Saúde relatou uma queda na taxa de mortalidade decorrente de erros em cirurgias e redução de 35,2% para 24,3% no índice de complicações (WHO, 2012).

A busca constante pelo aumento da segurança e um melhor atendimento aos pacientes são objetivos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2007). Tais práticas devem ser seguidas por todas as instituições de saúde, seja pública ou privada, bem como militar ou civil, conforme previsto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013).

METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Joint Commission International (JCI), através do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), definiu 6 metas internacionais de segurança:

Meta 1: Identificar os pacientes corretamente;

Meta 2: Melhorar a comunicação efetiva;

Meta 3: Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância;

Meta 4: Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

Meta 5: Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e

Meta 6: Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas.

A implementação dessas Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) passou a ser pré-requisito para todas as instituições que desejam a acreditação pela JCI, a partir de 2011 (CBA, 2010).

Segundo o CBC, as cirurgias com local de intervenção, procedimento ou paciente errados são assustadoramente comuns (CBA, 2010). Estes erros se devem, entre outros fatores, à comunicação ineficaz ou inadequada entre os integrantes da equipe cirúrgica. Desta forma, a IPSG 4 ou Meta 4, foco do presente trabalho, visa a criação de processos, por parte da instituição, para assegurar a realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto (BRASIL, 2013).

O “Protocolo Universal para Prevenção de Cirurgias com Local de Intervenção Errado, Procedimento Errado ou Pessoa Errada” da Joint Commission define como processos essenciais: marcação do local da intervenção cirúrgica; um processo de verificação pré-operatória; e uma pausa (timeout) realizada imediatamente antes do início do procedimento. O papel do timeout é proporcionar um cuidado seguro e de alta qualidade, permitindo que todas as questões não respondidas ou confusas sejam resolvidas (BRASIL, 2013).

Assim, a avaliação e conscientização da importância da implantação correta da meta número 4 pelos profissionais de todas as instituições de saúde, inclusive as militares, são de grande relevância para sua aplicação sistemática, minimizando danos aos pacientes e prejuízos sociais e econômicos.

O objetivo deste trabalho é avaliar como a meta internacional de número 4 de segurança é aplicada em um hospital militar e o grau de sua relevância na segurança dos pacientes.

MÉTODOS

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de campo, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa e analítica. Nela foi avaliado, da perspectiva dos funcionários da instituição, como a meta internacional de número 4 de segurança é aplicada e seus resultados na segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O estudo foi desenvolvido no Centro Cirúrgico de um hospital militar de Brasília que conta com três salas operatórias, em que são realizadas cerca de 500 cirurgias por ano. Na instituição, o timeout foi implantado no primeiro semestre de 2014.

Foram incluídos todos os funcionários da equipe cirúrgica do hospital militar em questão, com diferentes níveis hierárquicos e de escolaridade (cirurgião, anestesiológista, instrumentador cirúrgico, enfermeiro e técnico de enfermagem) que atuam no centro cirúrgico e participam da realização do timeout. Os participantes estiveram presentes na sala de operações no momento da realização do timeout, imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico, e consentiram fazer parte da pesquisa. Foram excluídos todos os funcionários que não concordaram em participar do estudo e os funcionários do hospital que não trabalham diretamente com os procedimentos cirúrgicos.

A coleta de dados teve início após a autorização da direção do hospital e aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE número 89790318.7.0000.0023, e foi realizada através de um questionário estruturado preenchido pelos profissionais da instituição, de caráter voluntário e com identificação opcional. O referido questionário constou de cinco questões diretas e objetivas em que os participantes avaliaram: (i) os quatro Elementos de Mensuração da meta número 4 de segurança, definidos pela (JCI); (ii) a importância da aplicação da meta para a segurança dos pacientes e procedimentos cirúrgicos realizados. A coleta de dados foi realizada por meio de abordagem direta a cada um dos membros da equipe. Os dados coletados pelo pesquisador foram transcritos para uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2010 (Service Pack 1).

QUESTIONÁRIO

Este questionário visa avaliar como os processos essenciais da meta internacional de número 4 de Segurança presentes no Protocolo Universal estão sendo aplicados no hospital, na visão dos funcionários diretamente ligados aos procedimentos cirúrgicos.

Nome (opcional):

Função exercida:

1. A instituição utiliza uma marcação instantaneamente reconhecível para a identificação do local da intervenção cirúrgica e envolve o paciente no processo de marcação.

conforme (sempre)

parcialmente conforme (na maioria das vezes)

não conforme (nunca)

2. A instituição utiliza uma lista de verificação ou outro processo para verificar, antes da cirurgia, se o local de intervenção, o procedimento e o paciente são os corretos e se todos os documentos e equipamentos necessários estão à mão, se são corretos e se estão funcionando.

conforme (sempre)

parcialmente conforme (na maioria das vezes)

não conforme (nunca)

3. A pausa (time-out) é conduzida e documentada pela equipe cirúrgica completa, imediatamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico.

conforme (sempre)

parcialmente conforme (na maioria das vezes)

não conforme (nunca)

4. Políticas e procedimentos são desenvolvidos de forma a apoiar processos uniformes que assegurem a realização do procedimento correto, no local correto, no paciente correto, incluindo os procedimentos médicos e odontológicos realizados fora do centro cirúrgico.

conforme (sempre)

parcialmente conforme (na maioria das vezes)

não conforme (nunca)

5. Do seu ponto de vista, qual o impacto da aplicação da meta de segurança e seus protocolos na segurança dos pacientes e nos procedimentos cirúrgicos realizados:

muito importante para a segurança dos pacientes, indispensável

importante para segurança dos pacientes, deve ser realizado sempre que possível

desnecessário, não precisa ser realizado sempre

dispensável, não deve ser realizado nunca

RESULTADOS

No total foram entrevistados 31 profissionais de saúde da instituição,

diretamente ligados aos procedimentos cirúrgicos, sendo duas (6,4%) enfermeiras, nove (29,1%) técnicos de enfermagem e 20 (64,5%) médicos (cirurgiões e anestesistas) (Figura 1).

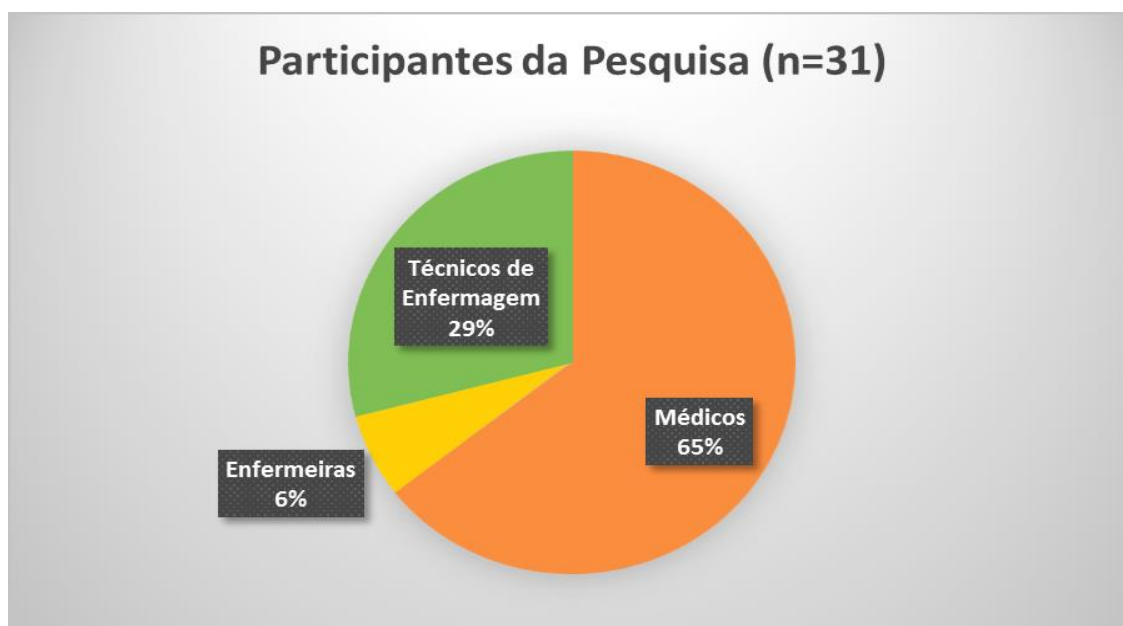


Figura 1- Participantes da pesquisa
Fonte: o autor.

Dos 31 participantes, 19 (61,3%) afirmaram que a instituição sempre utiliza uma marcação reconhecível para a identificação do local da intervenção cirúrgica e envolve o paciente no processo de marcação (pergunta 1), 22,6% afirmaram que esse procedimento é realizado na maioria das vezes, e 16,1%, nunca.

Para 91% da equipe da enfermagem, tal prática de segurança é realizada sempre, todavia, para 25% dos médicos ela não é realizada nunca, para 30% na maioria das vezes e, somente para 45% é realizada sempre (Quadro 1).

Quadro 1- respostas da pergunta 1 por subtipo de profissionais e total dos participantes

Participantes	Frequência		
	Sempre	Na maioria das vezes	Nunca
Total (31)	61,3%	22,6%	16,1%
Médicos	45%	30%	25%
Funcionários do Centro Cirúrgico	91%	9%	0%

Fonte: o autor.

Com relação à lista de verificação de cirurgia segura (pergunta 2), 64,5% dos entrevistados reconhecem que é utilizada sempre, 35,5% é utilizada na maioria das vezes, e nenhum participante respondeu que o checklist nunca é

realizado. Dez (91%) enfermeiros do centro cirúrgico afirmaram que é sempre utilizada e um (9%) é utilizada na maioria das vezes. Contrastando com a opinião desses profissionais, para metade (50%) dos médicos o checklist é sempre aplicado antes da cirurgia e para outra metade ele é realizado na maioria das vezes (Quadro 2).

Quadro 2- respostas da pergunta 2 por subtipo de profissionais e total dos participantes

Participantes	Frequência		
	Sempre	Na maioria das vezes	Selecionar coluna da tabel
Total (31)	61,3%	35,5%	0%
Médicos	50%	50%	0%
Funcionários do Centro Cirúrgico	91%	9%	0%

Fonte: o autor.

A pergunta 3 questionava sobre a aplicação do time-out pela equipe cirúrgica. Somente para 48,4% é aplicado sempre, para 48,4% na maioria das vezes, e um participante (3,2%) respondeu que o time-out nunca é realizado. Ao avaliarmos por função do profissional, notamos marcada diferença nas respostas. Enquanto 73% dos enfermeiros alegaram que a pausa é conduzida e documentada pela equipe cirúrgica completa, imediatamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico, 65% dos médicos afirmaram que é realizada na maioria das vezes (Quadro 3).

Quadro 3- respostas da pergunta 3 por subtipo de profissionais e total dos participantes

Participantes	Frequência		
	Sempre	Na maioria das vezes	Nunca
Total (31)	48,4%	48,4%	3,2%
Médicos	35%	65%	0%
Funcionários do Centro Cirúrgico	73%	18%	9%

Fonte: o autor.

O quarto Elemento de Mensuração da meta número 4 de segurança definido pela JCI questiona sobre a implantação sobre políticas e procedimentos para aumentar a segurança dos procedimentos cirúrgicos. Do total de participantes, 42% responderam tais políticas são sempre elaboradas, para 29% na maioria das vezes e outros 29%, nunca. Para oito membros da equipe de enfermagem os procedimentos são sempre efetuados, para um, na maioria das vezes, e para dois, nunca. Dentre os médicos, 25% afirmaram que sempre há a implementação, 40% na maioria das vezes, e para 35%, nunca são efetuadas (Quadro 4).

Quadro 4- respostas da pergunta 4 por subtipo de profissionais e total dos participantes

Participantes	Frequência		
	Sempre	Na maioria das vezes	Nunca
Total (31)	42%	29%	29%
Médicos	25%	40%	35%
Funcionários do Centro Cirúrgico	73%	9%	18%

Fonte: o autor.

Por último, na pergunta de número 5, foi questionado o grau de importância da aplicação da meta de segurança e seus protocolos na segurança dos pacientes e nos procedimentos cirúrgicos realizados. Para 30 (96,7%) dos funcionários ela é indispensável, devendo ser executada integralmente para todos os pacientes. Somente para um técnico de enfermagem ela tem grande importância, devendo ser realizada sempre que possível (Quadro 5).

Quadro 5- respostas da pergunta 5 por subtipo de profissionais e total dos participantes

Participantes	Frequência		
	Sempre	Na maioria das vezes	Nunca
Total (31)	96,7%	3,2%	0%
Médicos	0%	0%	0%
Funcionários do Centro Cirúrgico	91%	9%	0%

Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta de 31 participantes, incluindo cirurgiões, anestesista, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Consideramos esse número expressivo, por se tratar de um hospital de pequeno porte com 20 leitos, segundo definição do Ministério da Saúde, “hospital de pequeno porte é o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos”. Todos os funcionários (100%) do centro cirúrgico responderam ao questionário e cerca de 65% dos cirurgiões da instituição participaram do estudo.

A marcação do local da cirurgia é um dos itens definidos pela Joint Commission para a realização de uma cirurgia segura (JCAHO, 2013). Tal etapa deve ser realizada em todas as cirurgias, sendo recomendado o desenho de um ou dois círculos simulando um alvo (JCAHO, 2013). Neste estudo, somente 61,3% dos participantes afirmaram que a marcação é sempre realizada, e este percentual cai para 45% na opinião dos médicos. Esses valores demonstram que há necessidade da revisão de processos e a definição as funções dos setores para evitar falhas, uma vez que tal etapa pode ser realizada na

enfermaria ou no centro cirúrgico, antes da entrada do paciente na sala de cirurgia. Concordando com essa opinião, Bulio (2013) defende que as atividades do centro cirúrgico e dos setores de internação devem ser codependentes. Um estudo realizado no Reino Unido registrou 316 cirurgias ortopédicas realizadas no local errado, somente durante o ano de 2008, sendo que todos os pacientes haviam sido marcados pré-operatoriamente (PANESAR, 2011).

A lista de verificação realizada antes da cirurgia auxilia a equipe a avaliar o local da intervenção, o procedimento e o paciente, além de checar se todos os documentos e equipamentos necessários estão disponíveis e funcionando corretamente (JCAHO, 2013). De acordo com os questionários, para 64,5% dos participantes a lista é sempre realizada. Devido à importância de tal etapa, pode-se considerar tal percentagem como baixa, principalmente porque somente 50% dos médicos entrevistados consideram que tal processo é realizado em todos os pacientes. Todavia, deve-se ressaltar que nenhum participante respondeu que a lista nunca é utilizada, demonstrando que o processo é difundido entre os profissionais que atuam no centro cirúrgico da instituição. A existência de mecanismos de prevenção de erros é fundamental para a melhor assistência ao paciente (PAIVA, 2010), sobretudo se levarmos em considerações os dados da Organização Pan-americana de saúde que sugerem que, pelo menos, metade de todas as complicações cirúrgicas é evitável e atribuída a erros humanos (OPAS/OMS, 2008).

Apesar da relevância do timeout para a realização de cirurgias seguras e do mesmo ter sido implantado na instituição em 2014, menos da metade dos participantes alegaram que tal ferramenta é sempre utilizada nas operações. No estudo realizado por Martins (2014) avaliando a aplicação do timeout pela equipe cirúrgica, 92% dos participantes alegaram que sua aplicação traz segurança para os pacientes e 89% para a própria equipe, e 79% ainda defendem que facilita a comunicação entre a equipe. Segundo uma revisão sistemática a respeito do uso do checklist, este instrumento quando efetivamente empregado, tem a capacidade de reduzir complicações e a taxa de mortalidade pós-operatória, além de melhorar a comunicação da equipe operatória (TANG, 2014). Para Panesar (2011), o obstáculo mais crítico para um bom desempenho de uma equipe cirúrgica são os próprios membros da equipe. O autor defende que uma equipe unida pode evitar uma proporção considerável de erros fatais.

Do Elemento de Mensuração da meta número 4 de segurança definido pela JCI, o quarto diz respeito treinamento de todos os autores na realização de uma cirurgia segura. Neste contexto, o desenvolvimento de políticas e procedimentos torna os processos uniformes e asseguram a realização de procedimentos da forma correta, minimizando erros (JCAHO, 2010). Pela resposta dos participantes, nota-se que poucos treinamentos e instruções foram dados aos funcionários do centro cirúrgico. Do total, 29% responderam que esses procedimentos nunca foram desenvolvidos na instituição. Tal dado chama atenção para o planejamento de futuras intervenções que devem ser implementadas, objetivando o aumento na segurança dos pacientes. Para a melhoria da segurança é necessária a compreensão da ciência do erro, levando em conta tanto fatores humanos quanto as falhas do sistema, obtida através do investimento em educação e treinamento (WALKER, 2012). Lima (2016) chama a atenção que o treinamento é importante, porém o

acompanhamento e padronização são essenciais. A constante revisão é fundamental para que os processos sejam realizados constantemente da forma planejada e pretendida.

Estudos que envolvem a percepção de funcionários a respeito da instituição são relevantes pois, conforme Lima (2016), desta forma, eles compreendem o processo que a empresa está envolvida, podem fazer as correções necessárias e a comunicação aos funcionários das ações que estão em curso é um fator motivacional (ALÁSTICO, 2013). Além disso, para uma mudança na cultura organizacional é obrigatória a conscientização de todos os funcionários do hospital (MANZO, 2011). Assim, a última pergunta do questionário tratava-se da importância da aplicação da meta de segurança e seus protocolos na segurança dos pacientes e funcionários, sob o ponto de vista desses últimos. Para 96,7% dos funcionários a meta 4 é indispensável, devendo ser executada para todos os pacientes. Essa constatação é de grande valia para a correta implantação de toda a meta de segurança, uma vez que, de acordo com Alástico (2013) a principal dificuldade num processo de implantação é justamente a falta de conscientização e mobilização dos funcionários da instituição.

Um dado importante observado ao analisarmos os questionários, confrontando as respostas de médicos e da equipe da enfermagem, notamos divergências de opiniões, de forma significativa, em todas as questões que abordavam como os requisitos para acreditação hospitalar estão sendo efetuados no hospital. Por exemplo, na pergunta um sobre a marcação do sítio cirúrgico, enquanto 91% dos enfermeiros afirmaram que tal processo é sempre realizado, entre médicos, somente 41% concordam. Desses dados, pode-se inferir que se faz necessária uma intervenção no sentido de avaliar cada uma das etapas dos processos e identificar possíveis falhas na aplicação. Como, supostamente, parte dos elementos avaliados são de responsabilidade da equipe de enfermagem, as respostas desses funcionários podem ter um viés para mascarar possíveis falhas. Fato justificado pela cultura de punição que cerca a ocorrência de erros nas instituições de saúde (BRASIL, 2013). Assim, os gestores e toda a equipe devem assumir atitudes que valorizem a busca de falhas de forma proativa, para melhorar a segurança do paciente, não com o intuito de punir as falhas. A educação continuada deve ser constantemente estimulada, com a realização de treinamentos periódicos, envolvendo toda a equipe e sanando possíveis dúvidas nos processos, bem como a supervisão permanente dos profissionais, com a finalidade de proporcionar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos.

CONCLUSÃO

A Meta Internacional Número 4 de Segurança é aplicada no hospital militar onde foi desenvolvido este estudo, conforme proposto pela Joint Commission International. Alguns dos elementos de mensuração, segundo opinião dos funcionários, não são aplicados integralmente ou a todos os pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos, entretanto, praticamente todos os profissionais que participaram dos estudos reconhecem a importância da meta 4, considerando sua aplicação indispensável para todos os pacientes cirúrgicos.

Assim, acreditamos que este estudo serve para os gestores da

instituição obterem dados a respeito das políticas atualmente empregadas em relação a cirurgia segura, sob a perspectiva dos funcionários, contribuindo para o planejamento de ações, especialmente na educação continuada, a supervisão permanente dos funcionários e a busca de falhas de forma proativa e não punitiva, objetivando uma cultura solidificada voltada à segurança e a busca pela acreditação hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALASTICO, G.P.; TOLEDO, J.C. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gest. Prod.** [online]. 2013, vol.20, n.4, p.815-831. Epub Nov 22, 2013. ISSN 0104-530X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000011>.

ALPENDRE, F.T. et al. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p.1-9, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>.

AMALBERT, R. et al. Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. **Annals Of Internal Medicine**, New York, [Internet], v. 142, n. 9, p.756-765, 3 maio 2005.

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS (AAOS). **Information Statement 1015**. Wrong-Site Surgery, Illinois, [Internet], 2003 Out. Disponível em: <http://www.aaos.org/about/papers/advistmt/1015.asp>

BORK, A.M.G.T. **Metas internacionais sobre segurança do paciente**. Nursing, São Paulo, [Internet], 2007. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/article.php?a=46>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cade-rno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>

BULIO, R.R.C.; GATTO, L. Perfil das cirurgias realizadas em um hospital de ensino do Norte do Paraná. **Revista Uningá**, Maringá, n. 40, p.2939, abr/jun. 2014.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO - CBA. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Rio de Janeiro, 2010. 4ª EDIÇÃO.

GILLESPIE, B.M. et al. Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery. **Anesthesiology**, Illinois, [Internet], v. 120, n. 6, p.1380-1389, jun. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

<http://dx.doi.org/10.1097/aln.0000000000000232>.

HAYNES, A.B. et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **New England Journal Of Medicine**, Boston, [Internet], v. 360, n. 5, p.491499, 29 jan. 2009. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). <http://dx.doi.org/10.1056/nejmsa0810119>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL - JCI. **Facts about the universal protocol**, Washington, [Internet], 2003. Disponível em: https://www.jointcommission.org/standards_information/up.aspx

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS JCAHO. **Joint Commission International. Padrões de creditações da Joint Commission International para hospitais** [Internet]. 4. ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2010.

LIMA, N.F. Acreditação em um Hospital Militar: a meta 1, na visão da equipe de Emergência. **Revista Acreditação**. São Paulo, v. 6, n. 12, p. 1-13, 2016.

MANZO, B.F. et al. As percepções dos profissionais de saúde sobre o Processo de acreditação hospitalar. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, [Internet], v. 19, n. 4, out/dez. 2011.

MARTINS, G.S.; CARVALHO, R. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. **Revista Sobecc**, São Paulo, [Internet], v. 1, n. 19, p.18-25, mar. 2014.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal For Quality In Health Care**, Dublin, [Internet], v. 21, n. 4, p.279-284, 23 jun. 2009. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas**. Brasília: OPAS, 2009. Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=980&Itemid=423.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Lista de verificação de segurança cirúrgica**. Primeira edição. Brasília, 2009. http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1031&Itemid=423.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.287-294, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000200007>.

PANESAR, S.S. et al. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site

surgery in orthopaedics? - can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system. **Journal Of Orthopaedic Surgery And Research**, [Internet], v. 6, n. 1, p.1-7, 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1749-799x-6-18>.

TANG, R.; RANMUTHUGALA, G.; CUNNINGHAM, F. Surgical safety checklists: a review. **Anz Journal Of Surgery**, East Melbourne, [Internet], v. 84, n. 3, p.148-154, 18 abr. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ans.12168>.

WALKER, I.A.; RESHAMWALLA, S.; WILSON, I.H. Surgical safety checklists: do they improve outcomes?. **British Journal Of Anaesthesia**, Oxford, v. 109, n. 1, p.4754, jul. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aes175>.

WEISER, T.G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **The Lancet**, London, v. 372, n. 9633, p.139-144, jul. 2008. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60878-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60878-8).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Patient Identification**. Patient Safety Solutions, Geneva, Switzerland, v. 1, solution 2, [Internet], May 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World Alliance for Patient Safety**: Forward Programme. Geneva, [Internet], 2008-2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/en

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Patient Safety**. Geneva, [Internet], 2012. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/>.