

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

**CLÁUDIA RODRIGUES MAFRA**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA  
DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE:  
APLICABILIDADE EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO**

**BRASÍLIA**

**2015**

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

**CLÁUDIA RODRIGUES MAFRA**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA  
DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE:  
APLICABILIDADE EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

**Área de Concentração:** Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Gestão da Atenção à Saúde e Organização dos Serviços de Saúde.

**Orientadora:** Professora Doutora Maria Cristina Soares Rodrigues

BRASÍLIA

2015

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

R1 Rodrigues Mafra , Cláudia  
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA DA  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: APLICABILIDADE EM  
TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO / Cláudia  
Rodrigues Mafra ; orientador Maria Cristina Soares  
Rodrigues. -- Brasília, 2015.  
115 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --  
Universidade de Brasília, 2015.

1. Transplante de rim. 2. Lista de Checagem. 3.  
Segurança do Paciente.. I. Soares Rodrigues, Maria  
Cristina , orient. II. Título.

**CLÁUDIA RODRIGUES MAFRA**

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA  
DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE:  
APLICABILIDADE EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

**Área de Concentração:** Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em: 17 de dezembro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Maria Cristina Soares Rodrigues – Presidente da Banca  
Universidade de Brasília

---

Professor Drº Marcus Osorio Vinicius Marocco – Membro Efetivo, Externo ao Programa  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

---

Professora Doutora Maria do Socorro Nantua Evangelista – Membro Efetivo  
Universidade de Brasília

---

Professora Doutora Simone Roque Mazoni – Membro Efetivo  
Universidade de Brasília

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Professora Doutora Maria Cristina Soares Rodrigues, pelo acolhimento, atenção, carinho, paciência. Agradeço infinitamente pela oportunidade que me proporcionou. Por meio do seu vasto conhecimento, contribuiu imensamente nesse trabalho e me possibilitou amadurecimento profissional e pessoal.

Ao meu companheiro Luiz Ângelo, por compreender os meus momentos e dificuldades sempre me apoiando. Verdadeiramente cúmplice dessa jornada.

Mãe, você me ensinou a ter garra e coragem mesmo nas peças que a vida nos prega.

Pai, como sinto sua falta....

A Luisa e Vitor, que trazem tanta luz e gosto para minha vida, um amor especial.

Agradeço as minhas irmãs, Sandra, Raquel e Karine e sobrinhos que, ao longo da minha história, me fazem sentir amada, confiaram no meu trabalho e estão sempre presentes em minha vida, apesar de morarmos a quilômetros de distância.

Aos amigos que me fizeram compreender e olhar diferente para a mesma realidade sempre me ajudando e incentivando. Laura Acauan, Juliana Ferraz, Francino Machado. Não posso esquecer-me da Dona Therezinha sempre na torcida por mim.

À Instituição cenário do estudo, pela oportunidade durante a realização deste trabalho, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa.

À equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC) que participaram da coleta de dados, pela oportunidade e por fazerem possível a realização desse estudo.

A todos os pacientes que participaram espontaneamente deste trabalho. Vocês merecem meu eterno agradecimento.

Aos médicos que, de forma direta ou indireta, me ajudaram, pois cooperaram ativamente neste trabalho. Agradeço a vocês pela ajuda. Obrigada de verdade!

Ninguém vence sozinho...

**OBRIGADA A TODOS!**

*"Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito  
[...] não somos o que deveríamos ser não somos o que iremos ser. Mas, graças a Deus, não  
somos o que éramos."*

*(Martin Luther King)*

## RESUMO

MAFRA, C. R. **Lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial de Saúde:** aplicabilidade em transplante renal de doador falecido. 2015. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

**Introdução:** O procedimento cirúrgico tem a intenção de salvar vidas. Muitas vezes torna-se a única indicação de tratamento com intervenção de mudança, como por exemplo, o transplante renal. As cirurgias são cada vez mais complexas e, por conseguinte, expõem a potenciais riscos. O tema segurança do paciente tem estimulado organizações de saúde a implementar medidas de segurança a fim de minimizar falhas no processo do cuidado que possam vir a causar incidentes indesejáveis. Estudos evidenciam que mais da metade são evitáveis, portanto, a aplicação de medidas preventivas é necessária, como a utilização da lista de verificação de cirurgia segura, que tem como base o Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas da Organização Mundial de Saúde. **Objetivo:** Analisar a aplicabilidade da lista de verificação para cirurgia segura em transplante renal de doador falecido, averiguando a conformidade e não conformidades de segurança cirúrgica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa não experimental, descritiva e quantitativa, associada à observação direta/participante, tendo como foco a efetividade da aplicação do protocolo de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde adaptado, desenvolvida em um Centro Cirúrgico de Hospital Universitário, em Brasília, Distrito Federal. A amostra foi composta pela equipe de trabalho multidisciplinar que participou do procedimento transplante renal de doador falecido, além do paciente adulto submetido ao procedimento operatório. Quanto aos itens da lista de verificação de segurança cirúrgica foram checados antes do início do procedimento, antes da indução anestésica, antes da incisão (pausa cirúrgica) e antes de o paciente sair da sala operatória. **Resultados:** Dos 16 pacientes submetidos ao transplante, 75% eram do sexo masculino (n=12), tinha idade média 51,9 anos ,56,3% (n=9) situação conjugal, casados. Com relação ao nível de escolaridade, 31,2% (n=5) tinham ensino fundamental incompleto e quanto à ocupação laboral 50% (n=8) eram aposentados. As caracterizações da equipe cirúrgica dos profissionais da saúde participantes da pesquisa (n=62) a maioria era composta por jovens adultos (20 a 30 anos), com tempo de experiência em procedimento cirúrgico transplante renal de 1 a 2 anos(54,8%), constituído por médicos urologistas e anesthesiologistas, médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, majoritariamente do sexo feminino (n=35; 56,5%), e metade da equipe 50% (n=31) possui outro vínculo empregatício. Dos itens analisados obteve-se um percentual de 100,0% da lateralidade não estava demarcada, 87,5% da equipe desconheciam se o paciente tinha algum tipo de alergia, 93,8% da profilaxia antimicrobiana não foi administrada dentro do 60 minutos preconizados e 100,0% da equipe cirúrgica não analisam os pontos importantes na recuperação pós- anestésica e pós operatória. O percentual da Lista de Verificação de Cirurgia Segura 58,6% estava em conformidade e em algumas etapas a não conformidade atingiu 41,4%. **Conclusão:** Os resultados revelaram que os passos da lista de verificação aplicados em transplante renal de doador falecido não são efetivamente praticados. Portanto, a implementação de ações recomendadas é necessária, para que a lista seja aplicada de forma efetiva e, dessa forma, o processo de trabalho da equipe promova a melhoria da segurança cirúrgica e a qualidade dos cuidados prestados.

**Palavras-chave:** Transplante de rim. Lista de Checagem. Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

MAFRA, C. R. **List of surgical safety check of the World Health Organization: applicability in kidney deceased donor transplantation.** 2015. Thesis (Master Degree) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2015.

**Introduction:** The surgical procedure is intended to save lives. Often becomes the only indication of treatment with intervention of change, such as kidney transplantation. The surgeries are increasingly in complexity and therefore present potential hazards. The patient safety issue has encouraged health organizations to implement security measures in order to minimize failures in the care process which might cause untoward incidents. Studies show that more than half are preventable, so the application of preventive measures is required, such as using the safe surgery checklist, which is based on the Safe Surgery Saves Lives program of the World Health Organization (WHO). **Objective:** Analyze the applicability of the checklist for safe surgery in renal transplant deceased donor, checking compliance and non-surgical safety compliance. **Method:** This is a non-experimental, descriptive and quantitative research, combined with direct/participant observation, focusing on the effectiveness of the application of the safe surgery protocol adapted from the WHO, developed in a Surgical Center of a University Hospital in Brasilia, Distrito Federal. The sample was composed by a multidisciplinary team that participated in the procedure of deceased donor kidney transplantation, besides the adult patient submitted to the surgical procedure. About to items of surgical safety checklist, they have been checked before the start of the procedure, before induction of anesthesia, before skin incision (surgical pause) and before the patient leaves the operating room. **Results:** Of the 16 patients undergoing transplantation, 75% were male (n=12), mean age was 51.9 years, 56.3% (n=9) married. In relation to scholary, 31.2% (n=5) had incomplete primary education and on the labor occupancy 50% (n=8) were retired. The characterizations of the surgical team of health professionals participating in the study (n=62) show that the majority consists of young adults (20 to 30 years), with time of experience in kidney transplantation surgery from 1 to 2 years (54,8%) consisting of urologists and anesthesiologists, medical residents, nurses and nursing technicians, mostly female (n=35; 56.5%), and half the team 50% (n=31) has another link employment. Of the analyzed items obtained a percentage of 100.0% laterality was not demarcated, 87.5% of the team know whether the patient had any allergies, 93.8% of antimicrobial prophylaxis was not administered within the recommended 60 minutes and 100.0% of the surgical team did not analyze the important points in the post-anesthetic recovery and postoperative. The percentage of LVCS 58.6% was in line or in a few steps to noncompliance reached 41.4%. **Conclusion:** The findings of the study revealed that the steps of the checklist of verification applied in deceased donor kidney transplantation are not effectively practiced. Therefore, the implementation of recommended actions is required for the list to be applied effectively and thus the team work process promotes the improvement of surgical safety and quality of care.

**Keywords:** Kidney transplantation. Checklist. Patient safety.



## RESUMEN

MAFRA, C. R. **Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de Salud:** aplicabilidad en trasplante de riñón de donante fallecido. 2015. Tesis (Maestría) – Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2015.

**Introducción:** El procedimiento quirúrgico está destinado a salvar vidas. A menudo se convierte en la única indicación de tratamiento como intervención de cambio, tales como el trasplante de riñón. Las cirugías son cada vez más complejas y por lo tanto presenta peligros potenciales. El tema seguridad del paciente ha estimulado las organizaciones de salud para implementar medidas de seguridad a fin de minimizar las fallas en el proceso de atención que pueden provocar incidentes adversos. Estudios muestran que más de la mitad son evitables, por lo que es necesaria la aplicación de medidas de prevención, como el uso de la lista de verificación de cirugía segura, que se basa en el programa Cirugía Segura Salva Vidas, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Objetivo:** Analizar la aplicabilidad de la lista de verificación para la cirugía segura en trasplante renal de donante fallecido, revisando el cumplimiento y el cumplimiento de la seguridad no quirúrgico. **Método:** Se trata de una investigación no experimental, descriptiva y cuantitativa, asociada con la observación directa/participante, siendo como foco la efectividad de aplicación del protocolo de cirugía segura adaptado OMS, desarrollado en un Quirófanos de un Hospital Universitario de Brasilia, Distrito Federal. La muestra fue compuesta por un equipo multidisciplinario que participó en el procedimiento de trasplante de riñón de donante fallecido, además de los pacientes adultos sometidos a la intervención quirúrgica. Como elementos de lista de verificación de seguridad quirúrgica se han comprobado antes del inicio del procedimiento, antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión de la piel (pausa quirúrgica) y antes de que el paciente sale del quirófano **Resultados:** De los 16 pacientes sometidos a trasplante, 75% eran del sexo masculino (n=12), con una media de edad de 51,9 años, 56,3% (n=9) son casados. En relación a la escolaridad, 31,2% (n=5) tienen educación primaria incompleta y cuanto a la ocupación 50% (n=8) son retirados. Las caracterizaciones del equipo quirúrgico de profesionales de salud que participan en el estudio (n=62) muestran que la mayoría se compone de adultos jóvenes (20 a 30 años), con experiencia en la cirugía de trasplante de riñón de 1 a 2 años (54,8%), constituido por urólogos y anestesiólogos, médicos residentes, enfermeras y técnicos de enfermería, en su mayoría mujeres (n=35; 56,5%), y la mitad del personal 50% (n=31) tiene otro empleo. Cuanto a los ítems de la lista de verificación de seguridad quirúrgica fueron checados antes del inicio del procedimiento, antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión (pausa quirúrgica) y antes de que el paciente salir del quirófano. De los elementos analizados obtiene un porcentaje del 100,0% lateralidad no fue demarcada, el 87,5% del equipo saber si el paciente tuvo algún tipo de alergia, el 93,8% de la profilaxis antimicrobiana no se administró dentro de los 60 minutos recomendados y 100,0% del equipo quirúrgico no analizó los puntos importantes en la recuperación postanestésica y post operatoria. La LVCS porcentaje de 58,6% se encontraba en la línea y en unos pocos pasos a incumplimiento alcanzó el 41,4%. **Conclusión:** Los resultados del estudio muestran que los pasos de la lista de verificación aplicados en trasplante de riñón de donante fallecido no son practicados de manera efectiva. Por lo tanto, la implementación de acciones recomendadas es necesaria, para que la lista sea aplicada de forma efectiva y, de esa forma, el proceso de trabajo da equipo promueve la mejoría de la seguridad quirúrgica y la calidad de los cuidados prestados.

**Palabras-clave:** Trasplante de riñón. Lista de verificación. Seguridad del Paciente.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano no Brasil – SBN (2014).....	21
Figura 2 -	Percentual de pacientes conforme faixa etária no Brasil.....	22
Figura 3 -	Distribuição de paciente em tratamento TRS por sexo no Brasil.....	22
Figura 4 -	O milagre de São Cosme e São Damião.....	24
Figura 5 -	Transplante de órgão renal no Brasil.....	26
Figura 6 -	O processo de doação – transplantes.....	27
Figura 7 -	Inserção do Brasil no mundo em transplante renal.....	28
Figura 8 -	Número anual de transplantes no Brasil- 2014.....	29
Figura 9 -	Número anual de transplantes renais por estado brasileiro.....	30
Figura 10 -	Trajetória Marco Regulatório do PNSP.....	34
Figura 11 -	Lista de Verificação do Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas da Organização Mundial da Saúde.....	40
Figura 12 -	Distribuição do percentual de conformidade e não conformidade da LVCS – no procedimento transplante renal de doador no procedimento transplante renal de doador falecido - Brasília, DF, Brasil, 2015.....	59
Figura 13 -	Distribuição do percentual de conformidade e não conformidade das etapas da LVCS no procedimento transplante renal de doador falecido - Brasília, DF, Brasil, 2015.....	60

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Dimensões da qualidade dos serviços de saúde.....	32
Quadro 2 -	Lista de verificação de cirurgia segura - Transplante renal – Brasília, DF.....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas dos pacientes submetidos a transplante renal de doador falecido (n=16), Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil, 2015.....	51
Tabela 2 -	Características demográficas e profissional dos profissionais da saúde participantes da pesquisa no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília, no procedimento transplante renal de doador falecido (n= 62) – Brasília, DF, Brasil, 2015.....	53
Tabela 3 -	Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicados antes do início do transplante renal de doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015.....	54
Tabela 4 -	Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicados na segunda etapa da lista de verificação - checagem antes da indução anestésica do transplante renal de doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015..	56
Tabela 5 -	Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicado antes da incisão cirúrgica – Pausa cirúrgica do transplante renal de doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015.....	58
Tabela 6 -	Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura aplicado antes de o paciente sair da sala cirúrgica, do transplante renal do doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015.....	59
Tabela 7 -	Correlação de graus de conformidade dos itens de verificação nas etapas de aplicação da LVCS e distribuição de p-valor, de acordo com o momento de aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica, no TX doador falecido - Brasília, DF, Brasil, 2015.....	61
Tabela 8 -	Ações recomendadas para adequação dos itens de não conformidade, da lista de verificação de segurança cirúrgica, aplicado em transplante renal de doador falecido – Brasília, DF.....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro Cirúrgico
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
EA	Evento Adverso
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
LVCS	Lista de Verificação de Cirurgia Segura
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMP	Por Milhão de População
SUS	Sistema Único de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplante
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>PRÓLOGO.....</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL .....	20
3.2 TRANSPLANTE RENAL.....	23
3.3 O CENÁRIO DO TRANSPLANTE NO BRASIL.....	26
3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE .....	31
3.5 O CENÁRIO DE CENTRO CIRÚRGICO E A APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA.....	35
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	43
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	44
4.3 AMOSTRA/CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	44
4.4 AMOSTRA/CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	45
4.5 TREINAMENTO DOS AUXILIARES DE PESQUISA .....	45
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	46
4.7 COLETA DE DADOS.....	48
4.8 ANÁLISE DE DADOS .....	48
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	48
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
5.1 PARTE I – CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	50
5.2 PARTE II – ITENS DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA LISTA DE CIRURGIA SEGURA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO .....	54
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO.....	62

6.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPANTES NO PROCEDIMENTO TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO .....	63
6.3 ITENS DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA LISTA DE CIRURGIA SEGURA .....	64
<b>7 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>71</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>
APÊNDICES .....	90
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Receptor .....	91
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissional de Saúde .....	93
APÊNDICE C – Oficina de Treinamento.....	95
APÊNDICE D – Instrumento – Características Demográficas e Profissionais.....	98
APÊNDICE E – Lista de Verificação.....	104
APÊNDICE F – Checklist de Recebimento do Órgão .....	108
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
ANEXO A – Termo de Ciência.....	110
ANEXO B – Documento de Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa .....	111

## PRÓLOGO

A segurança do paciente é um preceito primordial nos cuidados à saúde, uma vez que integra o tratamento cirúrgico aos cuidados de saúde como a única indicação terapêutica de salvar vidas ou de intervenção de mudança, como, por exemplo, o transplante renal.

O transplante sempre foi uma área que despertou o meu interesse, uma vez que podemos criar uma nova esperança de vida ao paciente, que tinha como determinação a dependência de uma máquina.

O propósito em desenvolver o referido estudo foram questões que perpassam pela minha trajetória pessoal e profissional. O fato de ter atuado como enfermeira assistencial de uma equipe de transplante de órgãos, mais precisamente renal, e também exercido a função de gestora de um hospital de grande porte possibilitou-me observar e presenciar várias situações nas quais pacientes foram colocados em risco ou sofreram algum dano em decorrência de falhas no processo assistencial.

Deparei-me com um novo desafio a ser enfrentado a oportunidade de implantar programa de qualificação em saúde que tem como objetivo evidenciar a melhoria assistencial. Pude observar as dificuldades na implementação de processos de qualidade de serviços de saúde para instituir melhores práticas assistenciais. Todo esse procedimento gerou profundo envolvimento em diversas áreas.

Nesse contexto surgiu a inquietação quando passei a entender a magnitude da problemática e percebi a necessidade de ampliar minha reflexão sobre o tema, ou seja, o despertar para uma maior sensibilidade, dificuldades, angústias, expectativas, do inter-relacionamento com diferentes profissionais da área de diversas atribuições nas ações de saúde, por meio dos quais pude desenvolver uma concepção própria e crítica dessa questão.

As iniciativas no sentido de ampliar e criar políticas que promovam a segurança em serviços de saúde é cada vez mais crescente. Dessa forma, focar a pesquisa sobre a Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua aplicabilidade em transplante renal de doador falecido apresenta-se como oportuno tendo em vista a magnitude do procedimento.

Os pontos abordados constituem-se, notadamente, em face de novos desafios que emergem constantemente no ambiente hospitalar, a segurança do paciente. Assim, surge a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional, que está sendo apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar.



Portanto, pretendo contribuir com as discussões e reflexões sobre a prestação de cuidados aos pacientes cirúrgicos, com abordagem no processo de mudança participativo. O intuito do estudo proposto nesta dissertação consiste em incentivar a melhoria na qualidade e segurança na assistência fornecida aos pacientes transplantados renais, pautado na lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS.

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados médicos no início eram simples e mais seguros, mas, com o passar dos tempos, e a evolução das terapias dos avanços científico-tecnológicos e complexos, tornaram-se consideravelmente mais perigosos. Achados da literatura sobre a história da medicina mostraram que seu progresso foi baseado em acertos e erros, sendo muitas vezes esse o processo de chegar à cura (VINCENT, 2009).

A assistência em saúde no contexto hospitalar ainda hoje é apontada como uma ameaça, sendo essa atividade considerada de risco para os pacientes em consequência das altas taxas de Eventos Adversos (EAs) fatais e erros de procedimentos. Atentos com número significativo de EAs, profissionais de saúde de diversas áreas pesquisam os efeitos desses eventos para os pacientes (VINCENT, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como EA um incidente que poderá resultar em algum tipo de dano e implicam em comprometimento da estrutura ou função do corpo e ou quaisquer efeitos nocivos decorrentes de lesão, seja sofrimento, incapacidade ou morte ao paciente (OMS, 2009).

No Brasil, um estudo analisou três hospitais na cidade do Rio de Janeiro e revelou que oito em cada 100 pacientes internados sofreram um ou mais EA, e, aproximadamente 67% dessas ocorrências foram classificadas como evitáveis. (MENDES, 2009). Possivelmente o fenômeno é importante em países em desenvolvimento, onde a cultura da segurança ainda precisa ser mais bem fortalecida (WACHTER, 2010).

O termo “segurança do paciente” tem sido muito utilizado, e pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar (VINCENT, 2009). O esforço pelo cuidado seguro é um desafio constante. Oferecer assistência livre de danos é um compromisso que deve ser tomado por profissionais de saúde, serviços e gestores. Contudo, o ser humano que é passível de erro, para alcançar uma prestação de um cuidado seguro, necessita reconhecer sua falibilidade, analisar as causas e, assim, criar medidas para evitar as decorrências de sorte a melhorar a assistência ao paciente (HANDLER et al., 2006).

A 55ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada no ano de 2002, sugeriu à OMS e aos Estados-membros que voltassem suas atenções à segurança do paciente. A sugestão foi de elaboração de normas para segurança nas intervenções e apoio aos países, propondo o estabelecimento de políticas e práticas sobre o tema. A cultura de segurança, dessa maneira, surge como uma nova metodologia do pensar e agir e está diretamente associada à redução de

eventos adversos. São resultados das atitudes, valores e de padrões de comportamento de todos envolvidos na assistência a saúde ao paciente (SEXTON et al., 2006).

A OMS publicou, então, o segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, o Programa Cirurgia Segura Salva Vidas (2007-2008), com diretrizes e critérios de identificação, cujo objetivo era garantir a segurança dos pacientes cirúrgicos, com vistas à redução da taxa das principais complicações cirúrgicas (OMS, 2009).

O Brasil possui hoje um dos maiores programas de transplante de órgãos e tecidos do mundo. O procedimento é um dos serviços mais complexos e caros prestados pelo sistema de saúde no país (BRASIL, 2012), com crescente desenvolvimento (BRASIL, 2014). O programa vem recebendo investimento público no processo de captação e transplantação de órgãos e tecidos, sendo prioritário no Sistema Único de Saúde (SUS). Os transplantes respondem por 90,0% de todos os procedimentos no Brasil ocupando posição de liderança em financiamento público de transplantes de órgãos de forma totalmente gratuita à população (BRASIL, 2012).

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) (2014) define transplante como um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente-receptor por outro órgão normal de um doador, morto ou vivo.

O procedimento cirúrgico faz parte da assistência em saúde em que as atividades são desenvolvidas por equipe multiprofissional, com funções distintas, porém não independentes, e pesquisas revelaram fragilidade na segurança (FRAGATA, 2010).

A equipe em centro cirúrgico desenvolve atividades diversas atuando em ambiente dominado pela pressão, estresse e ansiedade, decorrentes de situações de risco que possam vir a corroborar a ocorrência de incidentes (GUIDO, 2003).

Persiste a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e garantir a segurança nas intervenções cirúrgicas. A lista de verificação de cirurgia segura (LVCS) é um instrumento que guia o modo com que as equipes devam seguir de maneira consistente as etapas críticas de segurança tendo como objetivo reforçar práticas de segurança promovendo uma comunicação adequada e o trabalho coletivo (OMS, 2009). A equipe deverá trabalhar verdadeiramente unida para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente cirúrgico, requerendo forte comprometimento de todos (OMS, 2010). Fornecer uma assistência de qualidade em saúde com segurança depende muito do trabalho em equipe (WACHTER, 2010). Sendo assim, há necessidade da implantação de medidas efetivas, como a lista de verificação no procedimento anestésico-cirúrgico de transplante renal de doador

falecido. Espera-se, que os riscos mais comuns e evitáveis sejam minimizados, evitando expor a vida e o bem-estar dos pacientes cirúrgicos.

Pelo exposto, e considerando o interesse pelo tema, emergiu a seguinte questão norteadora para realização desta dissertação: quais são as conformidades e não conformidades dos itens da lista de verificação de cirurgia segura utilizada em procedimento de transplante renal de doador falecido?

A avaliação da conformidade e não conformidades é fundamental para fortalecer a aplicação da lista de verificação na gestão do processo assistencial no Hospital Universitário, a fim de assegurar a segurança ao paciente e equipes envolvidas em procedimento de transplante renal de doador falecido, expressando em qualidade do serviço.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a aplicabilidade da lista de verificação para cirurgia segura em transplante renal de doador falecido.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever características sociodemográficas dos profissionais da equipe cirúrgica e dos participantes submetidos ao procedimento operatório.
- Verificar a conformidade e não conformidades da lista de verificação de segurança cirúrgica aplicado em procedimento de transplante renal de doador falecido.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção está estruturada em tópicos que abordam a temática de Segurança do Paciente no procedimento cirúrgico transplante renal. Primeiramente, é necessário o conhecimento de alguns conceitos básicos e dos contextos históricos alicerçados em evidências científicas, além do respaldo dos aspectos éticos e legais em transplante de órgãos. Em seguida, é abordado o tema segurança do paciente, com enfoque na lista de verificação cirúrgica da Organização Mundial de Saúde como parte integrante da assistência à saúde.

#### 3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

A doença renal crônica (DRC), nos últimos anos, tem recebido cada vez mais atenção, em função de ser considerada como um grave problema de saúde pública no Brasil devido, a elevada prevalência, como morbimortalidade e redução da qualidade de vida dos indivíduos acometidos (KUSUMOTA et al., 2008). A DRC requer hospitalizações frequentes com elevado custo socioeconômico e uma vez instalada se faz necessário um tratamento contínuo com finalidade de substituir a função renal (RIELA, 1996; LESSA, 2004; BASTOS et al., 2004; BASTOS, 2010).

A DRC está em progressão em todo o mundo tendo como fatores relacionados o aumento de expectativa de vida, em função de melhores tratamentos, aperfeiçoamento dos métodos de substituição renal e a realização de transplante renal (KUSUMOTA et al., 2004; HSU et al., 2004). Essa doença se caracteriza pela perda progressiva da capacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas, acarretando alterações metabólicas e hormonais, e em geral irreversíveis (BRASIL, 2002; BARROS et al 2006).

Doenças como hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes melittus* (DM) e insuficiência cardíaca, quando diagnosticadas tardiamente, predisõem-se à doença renal, bem como à alterações anatômicas e fisiológicas nos rins. Esses sinais aumentam a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos (KIDNEY DISEASE, 2013).

A insuficiência renal pode ser aguda (IRA), quando ocorre de forma abrupta com perda da função renal; ou crônica (IRC), quando a perda é lenta, progressiva e irreversível. Em estágio mais avançado, é chamado de doença renal crônica terminal (DRCT), sendo, nessa fase, necessária a terapia renal substitutiva (TRS) para a sobrevivência dos pacientes (ANDREW et al., 2005).

Calculam-se que milhares de pessoas em todo o mundo são submetidas a um tipo de TRS. O tratamento deverá obedecer à evolução da doença. Dentre as opções terapêuticas de escolha para o tratamento da DRC, estão a hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Estes tratamentos têm por objetivo aliviar os sintomas da doença podendo ajudar na preservação da vida do paciente (HAFEZ ;ABDELLATIF;ELKHATIB, 2006).

De acordo com o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), de 2000 até o ano de 2014, houve aumento de pacientes em tratamento dialítico de 166,7% no Brasil (Figura 1). Além disso, segundo dados da SBN de 2014, 85% dos tratamentos dialíticos de TRS são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que acarreta custos crescentes com a TRS, bem como com as comorbidades associadas a esses pacientes (SBN, 2014).

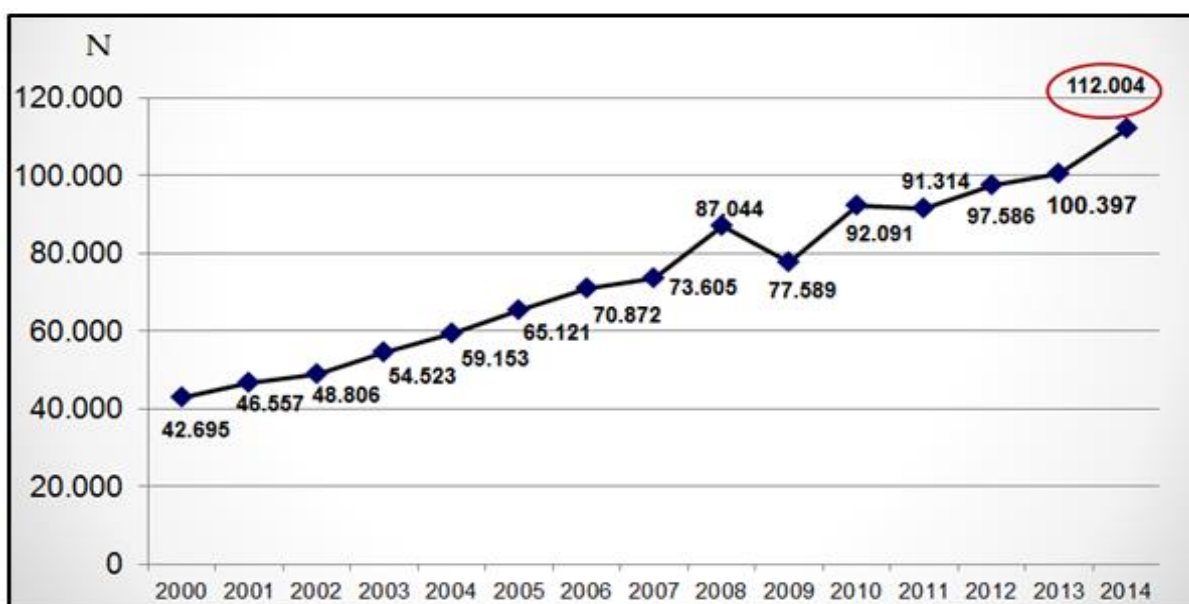


Figura 1 – Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano no Brasil – SBN (2014).

Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2014.

Indivíduos com faixa etária de 19 a 64 anos são os mais submetidos ao tratamento de TRS, correspondendo a 62,9% dos pacientes (Figura 2).

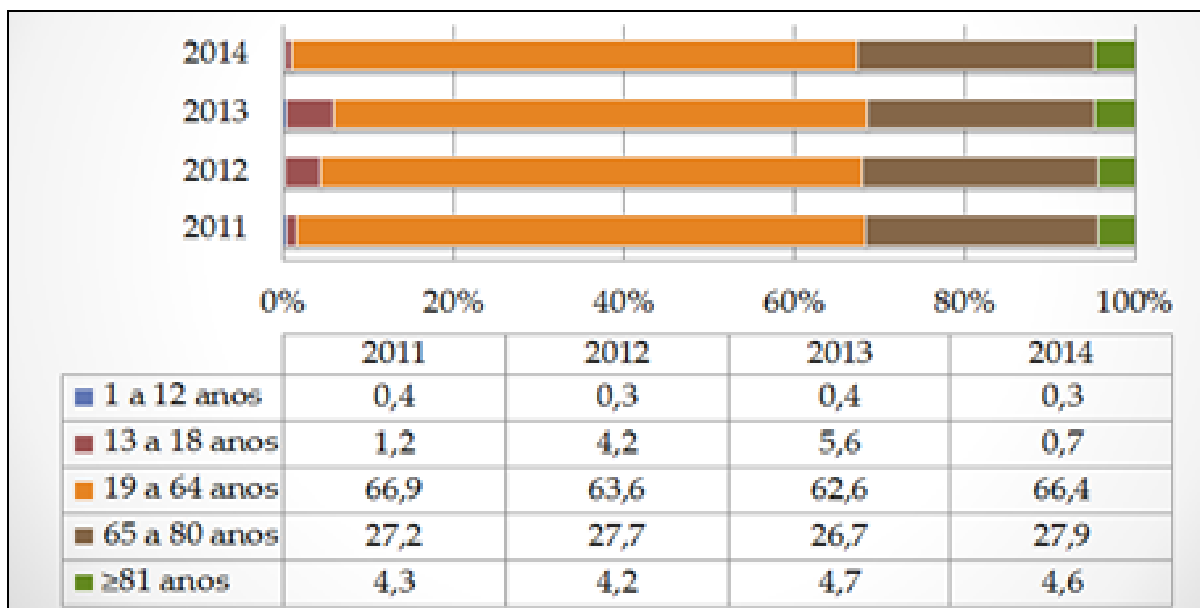


Figura 2 – Percentual de pacientes conforme faixa etária no Brasil.

Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2014.

A junção de DM, HAS, entre outros fatores como a etnia negra, idade, tabagismo, obesidade bem como presença de Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) familiar são contributivos para a evolução da DRC (BARROS et al., 2006; SBN, 2014). Pacientes do sexo masculino são os mais acometidos e em maior número no tratamento de TRS (Figura 3).

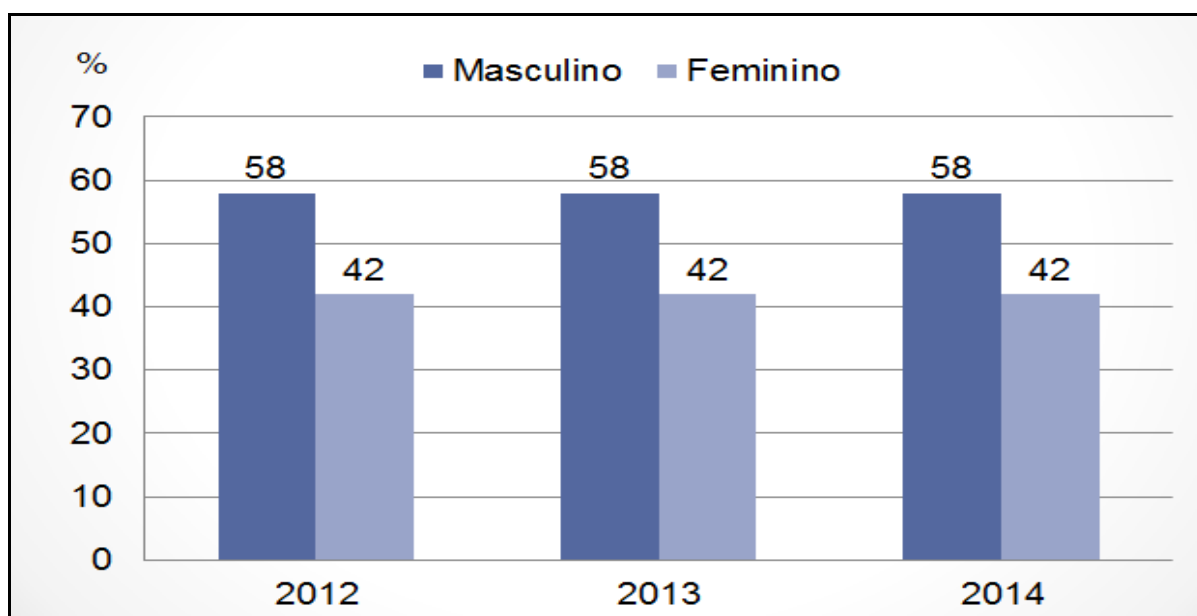


Figura 3 – Distribuição de paciente em tratamento TRS por sexo no Brasil

Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2014.



A TRS é utilizada como preparo para transplante renal sendo este procedimento a forma mais adequada para o tratamento de insuficiência renal crônica terminal (IRTC) (RIELA, 1998). Realizar hemodiálise é imprescindível, acreditar e sublimar o medo da espera por um transplante é necessário.

### 3.2 TRANSPLANTE RENAL

O nome cirurgia tem sua origem no grego *kheirurgia* (*kheiros*, mão e *ergon*, obra). Antigamente, essa ação era vista como último recurso para determinadas doenças, contudo, com o progresso da ciência, demonstrou ser também uma especificidade de tratamento (TUBINO; ALVES, 2010). A substituição de órgãos ou tecidos despertou a criatividade do homem por muitos séculos. Várias narrativas, em diversas culturas, sugerem que o transplante é muito antigo e sempre associado ao restabelecimento do estado de saúde (BHANDARI; TEWARALA, 1997).

Conforme a lenda segundo relatado por Jacobus de Voraginee, no século XII, ocorreu o primeiro transplante. Esse procedimento teve a participação dos irmãos médicos gêmeos, São Cosme e São Damião (nomes verdadeiros Acta e Passio), entre os anos de 235 e 305 da era cristã. O membro inferior de um soldado negro falecido foi transplantado em um velho cristão branco devido à necrose de seu membro. Esse procedimento ficou conhecido como o milagre de São Cosme e Damião que, por isso, são considerados padroeiros da Medicina e do Transplante (DEWURST, 1988; BARKAN, 1996). A ABTO e o Governo Federal Brasileiro em 2007 oficializaram o dia 27 de setembro como o dia de São Cosme e Damião (Figura 4) ou o dia nacional do doador (BRASIL, 2007).



Figura 4 – O milagre de São Cosme e São Damião.

Fonte: Afresco de Fra Angélico, museu de São Marcos, Florença.

O procedimento cirúrgico de transplante renal passou por avanços nos últimos tempos, proporcionando um aumento de sobrevida do paciente. Atualmente, o transplante renal é um procedimento considerado de escolha, com indicação para o tratamento da IRCT de uma parcela significativa de pacientes. O transplante de um rim deve ser de um doador vivo ou de um rim de doador falecido para um receptor portador de IRCT (GONÇALVES et al., 1999; SALOMÃO FILHO, 2000; MANFRO; CARVALHAL, 2003).

O transplante de órgãos e tecidos é um tratamento terapêutico de alta complexidade que visa criar perspectivas de vida para pacientes debilitados possibilitando a reabilitação e o aumento da expectativa de vida, trazendo melhorias na condição de vida (OGUTMEN et al., 2006; JENSEN SORENSEN; PETERSEN, 2014). Recorre-se quando esgotadas as outras vias de tratamento que consiste na extirpação de um órgão ou partes do corpo humano de um indivíduo e finaliza com a implantação em outro indivíduo. Para isso, é necessária uma equipe multiprofissional experiente, com serviço previamente autorizado pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997).

O objetivo do procedimento transplante é compensar ou substituir uma função perdida sendo um tratamento que pode prolongar a vida e melhorar sua qualidade, ou seja, constitui forma de substituir um problema de saúde incontrolável por outro, sobre o qual se tem controle (ABTO, 2006).

Os procedimentos das técnicas cirúrgicas para os transplantes e sua aplicação na condução de doenças terminais relacionados a falências de órgãos podem ser considerados uma das descobertas mais bem-sucedidas das últimas décadas. Bem como, o desenvolvimento de imunossuppressores capazes de realizarem a recomposição imunológica de compatibilidade e de rejeição. Tais procedimentos e para obtenção de um bom resultado exigem infraestrutura de apoio bastante interligada em equipamentos e recursos humanos especializados (NORONHA, 2002; VILAÇA, 2006).

Para a maioria dos pacientes, o transplante é considerado o último tratamento de escolha para a insuficiência renal crônica (IRC), alimentando uma nova esperança de recuperação da saúde (BRASIL, 2006; KUSUMOTA et al 2008).

A substituição renal para pacientes elegíveis é considerado como uma importante opção como terapia do ponto de vista social representando um tratamento durável, com melhor custo efetividade para pacientes portadores de doença renal quando em fase terminal. O transplante, na comparação a outros métodos como a hemodiálise (HD) e a dialise peritoneal (DP), prolonga e melhora a qualidade de vida dos pacientes submetidos a esse procedimento (EGGERS, 1998; RIELLA, 2003).

Os transplantes renais podem ser realizados por qualquer que seja o doador, doadores vivos ou cadáveres, sempre obedecendo à legislação brasileira (MANFRO; CARVALHAL, 2003). Considera-se que: a maior fonte de obtenção de órgãos decorre de doadores falecidos com morte encefálica, isto é, pacientes com destruição completa e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mantidos artificialmente por suporte vital (Figura 5). Em geral a taxa de doador falecido ter maior quantitativo deve-se, muitas vezes, ao medo dos riscos do procedimento que são submetidos a um doador vivo. Pode ser considerada uma tragédia para os familiares perder um indivíduo sadio (ALMEIDA, 2011). O transplante pode ser uma estratégia importante para o usuário que depende do órgão ou tecido.

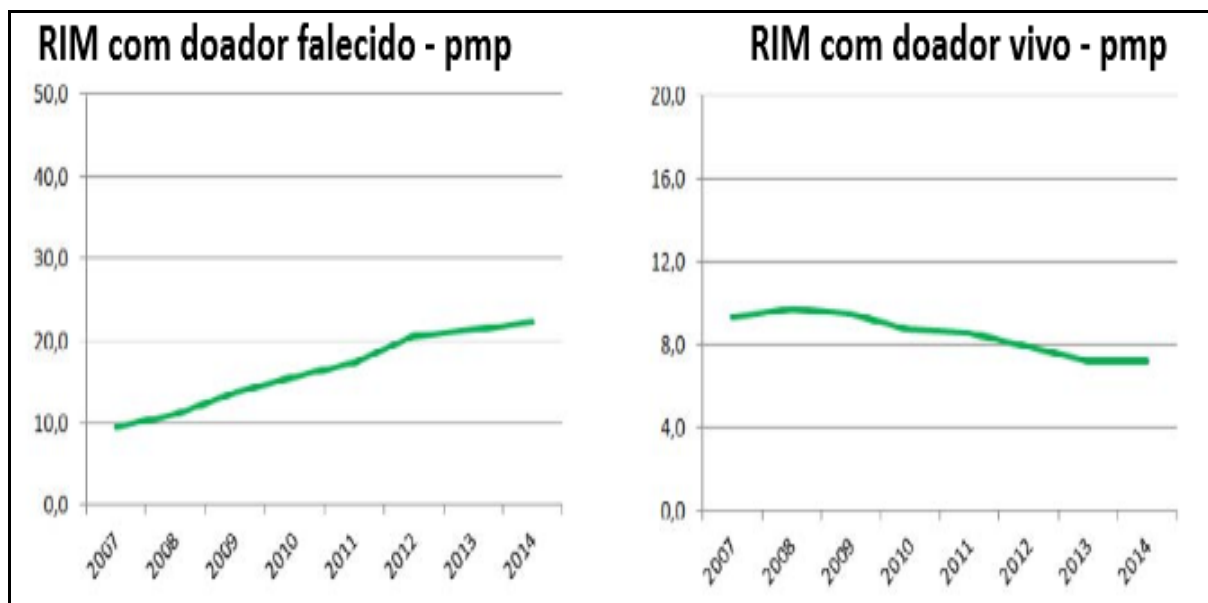


Figura 5 – Transplante de órgão renal no Brasil

Fonte: ABTO, 2014.

A cirurgia de transplante do rim implica implantar um rim saudável em um portador de insuficiência renal terminal. Após a implantação, esse rim passa a exercer as funções de filtração e eliminação de líquidos e toxinas, funções não mais desempenhadas pelo rim doente. Os rins do receptor podem permanecer no indivíduo, ou não, ao menos que estejam causando algum tipo de complicação, tais como infecção e/ou hipertensão (ABTO, 2012).

Apesar dos resultados positivos em termos de crescimento no número de cirurgias, infelizmente o cenário mundial apresenta uma carência de oferta de órgãos para transplantes e grande número de indivíduos esta na espera por órgãos, resultando em longo tempo de permanência na fila por um transplante renal (USRDS, 2015).

### 3.3 O CENÁRIO DO TRANSPLANTE NO BRASIL

O Brasil é um dos países que mais realiza transplantes de órgãos na comparação com outros países. A aplicação dessa técnica teve início na década de 60, com uma considerável evolução devido ao desenvolvimento de técnicas e a resultados satisfatórios (BRASIL, 2013).

Essa Política Nacional de Transplante foi regulamentada na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, e no Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que tem como propósito organizar o serviço de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. Essa regulamentação está no âmbito do Ministério da Saúde, tendo como órgão central o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) (BRASIL, 2015). Vale salientar que toda

política de transplante encontra-se em sintonia com as Leis nº 8.080/90 e nº 8 142/90 (BRASIL, 1990).

O órgão responsável pela coordenação de transplantes no SUS é o Serviço Nacional Transplante, cuja Central Nacional de Transplantes articula o trabalho das Centrais Estaduais. Estas atuam na provisão dos meios para as transferências de órgãos entre as diferentes unidades da Federação, auxiliando na diminuição da lista de espera. A Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e tecidos (CNCDOs) é responsável pelo gerenciamento das atividades de transplante, atuando na realização das inscrições e nas ordenações dos receptores, recebendo as notificações de potenciais doadores, além de coordenar a logística de todo o processo de doação. A CNCDO conta atualmente com auxílio de 27 centrais credenciadas em todos os estados e Distrito Federal (BRASIL, 2014).

O transplante somente é realizado, uma vez constatado a necessidade, quando o paciente é inscrito na lista única de espera do órgão, considerando os critérios técnicos nacionais para seleção de receptores de órgãos e de urgência geográficos. O aspecto cronológico da fila de espera deve ser prioritário, seguido pela gravidade do estado de saúde do paciente de acordo com a Portaria nº 91/GM/MS, de 23 de janeiro de 2001. O programa de transplante é bem consolidado, como mostra a (Figura 6). Para se alcançar esse sucesso, a atuação de vários profissionais é crucial, ocorrendo desde a identificação dos potenciais doadores até a efetivação dos transplantes e seu acompanhamento ambulatorial (ABTO, 2014).

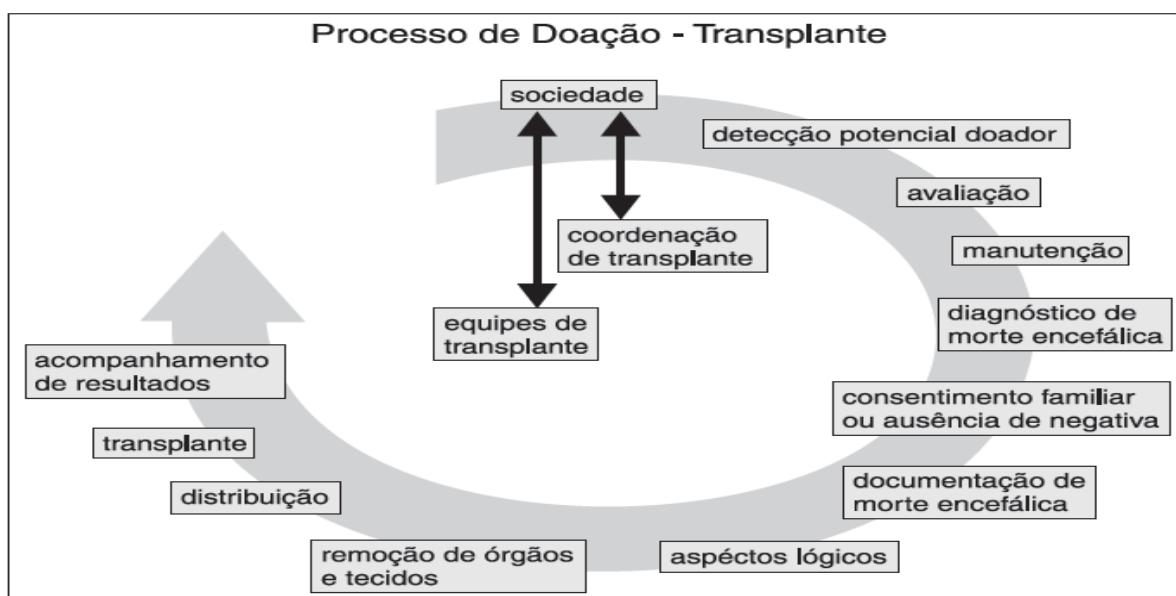


Figura 6 – O processo de doação – transplantes

Fonte: Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - 2009

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece de forma totalmente gratuita à população o procedimento de transplante de órgãos e tecidos. Sendo assim, o SUS ocupa a posição de liderança em financiamento público (VILAÇA, 2006; BRASIL, 2012).

O Brasil, na projeção mundial, destaca-se sendo o segundo em número absoluto que mais realiza transplante renal, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (Figura 7) (IRODAT 2013).

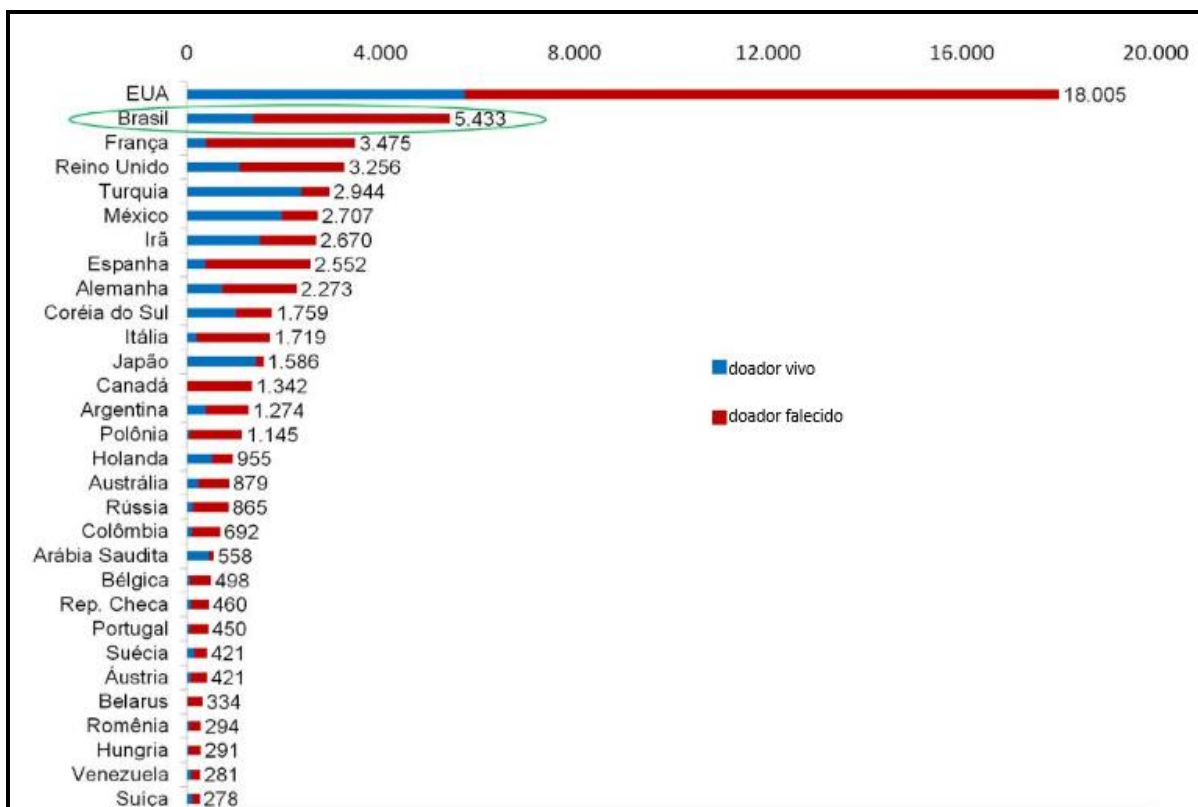


Figura 7 – Inserção do Brasil no mundo em transplante renal

Fonte: IRODAT, 2013.

Dados numéricos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) registraram que, no ano de 2014, foram realizados 20.934 no país, e destes, 5.639 foram transplante de rim. Esse número vem aumentando devido ao crescente número de doadores falecidos. Dentre o total de transplantes realizado em 21 estados com 135 centros atuantes, contando com um número absoluto de 1.384 transplantes realizados com base em doador vivo e 4.255 com doadores falecidos, conforme mostrado na Figura 8 (ABTO, 2014).

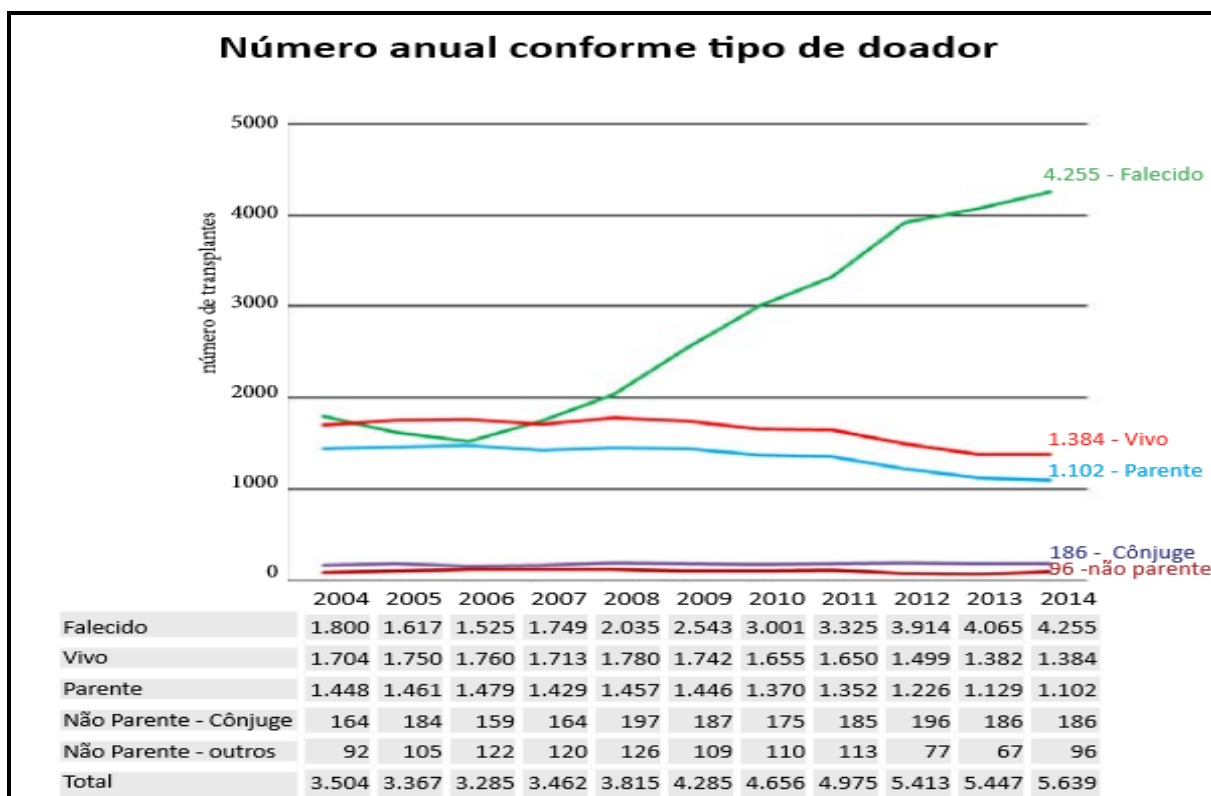


Figura 8 – Número anual de transplantes no Brasil- 2014

Fonte: ABTO, 2014.

O Distrito Federal (DF), segundo a ABTO, possui população de 2.570.160 habitantes, de acordo com o Registro Brasileiro de Transplante de 2014, tendo a maior taxa de notificação do país 130,7 por milhão de pessoa (pmp) e a segunda melhor taxa de doação 29,2 pmp (ABTO, 2014). A necessidade anual estimada de transplantes renais no DF é de 154 pessoas. No ano de 2014, foi realizado número total de 100 transplantes renais, sendo 10 de doadores vivos e 90 de doadores falecidos (Figura 9).

O DF dispõe de 4 equipes de transplantes, uma delas se encontra no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Desde 2006, o HUB já realizou 218 transplantes e em 2014 foram realizados, 33 transplantes renais de doador falecido. Atualmente são 71 pessoas na lista de espera por um rim no HUB. Não existe uma ordem para a cirurgia. Os pacientes são chamados de acordo com a compatibilidade do doador (HUB, 2015).

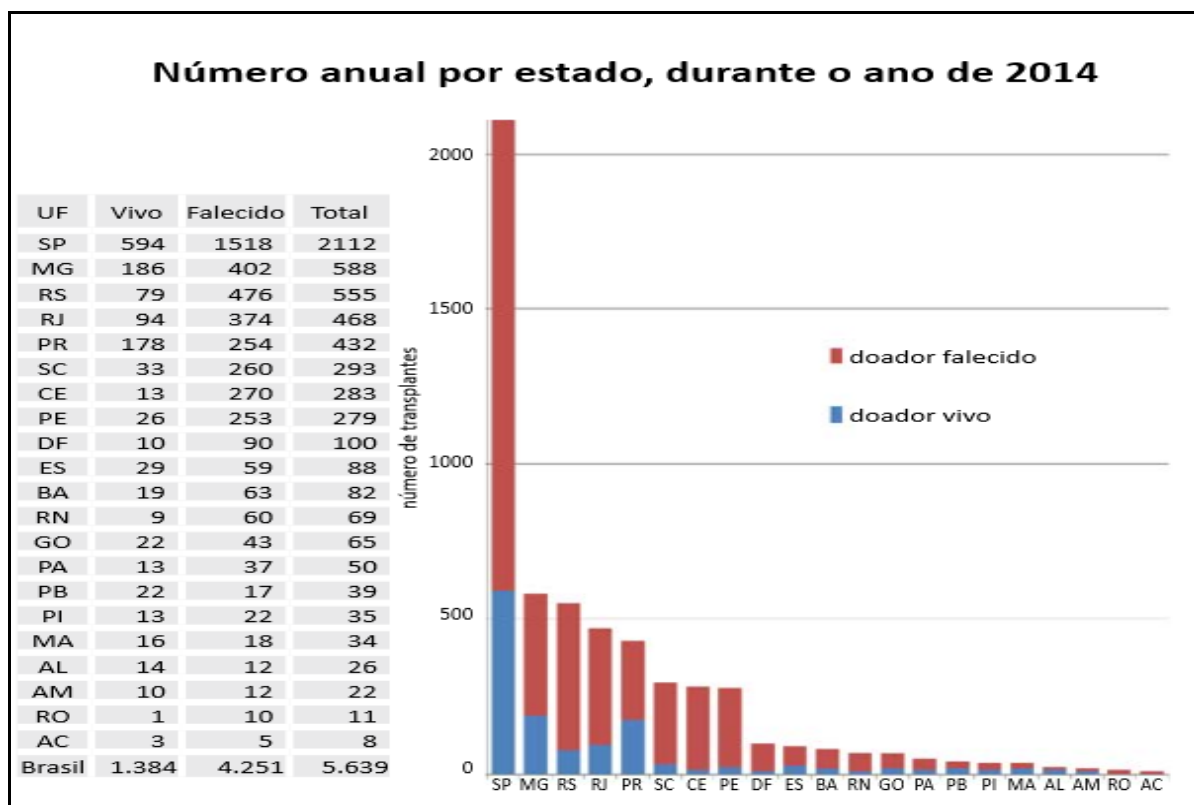


Figura 9 – Número anual de transplantes renais por estado brasileiro.

Fonte: ABTO, 2014.

No primeiro semestre de 2015, foi observada uma queda no número de transplantes renais no Brasil de 9,7% segundo a ABTO, 16,4% com doador vivo e de 2,3% com doador falecido em relação ao ano anterior. A taxa esperada de transplante renal é de 32 pmp para o ano de 2015 e atualmente gira em torno de 26,3 pmp. As principais causas da não concretização da doação de órgãos de potenciais doadores notificados continuam sendo a recusa por parte dos familiares e a contraindicação médica, seguido de parada cardíaca e outros. Atualmente, no DF, há 197 pacientes ativos em lista de espera (ABTO, 2015). Nesse processo é crucial o envolvimento e atuação do Ministério da Saúde, gestores e o comprometimento dos profissionais de saúde no procedimento de doação e transplantes.



### 3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

O princípio *primum non nocere* (em primeiro lugar não causar danos) atribuído a Hipócrates demonstrava que desde a antiguidade havia uma preocupação com o cuidado e o risco envolvido na assistência a saúde (COCHRANE; BLYTHE, 1989; NEUHAUSER, 2003). Em 1863, Florence Nightingale acreditava que o primeiro dever de um hospital seria não causar mal ao paciente, seguindo recomendações para a prevenção de riscos contribuindo assim para sua segurança (PEPPER, 2004).

O panorama da segurança em saúde mundial é preocupante e ganhou destaque no final da década de 90. A medicina era simples, pouco efetiva e relativamente segura. Agora ela é complexa, efetiva, mas potencialmente perigosa (CHANTLER, 1999).

A assistência à saúde ainda hoje é considerada perigosa, devido às altas taxas de eventos adversos (EA) fatais e a erros de procedimentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem definido incidente como uma situação que resulta em algum tipo de dano ao paciente não intencional decorrente da má assistência. O incidente não se relaciona com a evolução natural da doença de base, mas implica comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou quaisquer efeitos nocivos decorrentes da lesão ocasionada pelo procedimento cirúrgico (WHO, 2008; WHO, 2009).

A segurança do paciente é definida, segundo a classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), como a redução de risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde até o mínimo aceitável (OMS, 2011). Além disso, a segurança ao paciente constitui princípio primordial do cuidado ao paciente e componente crítico do gerenciamento da qualidade da assistência (PAESE; DAL SASSO, 2013).

A cultura de segurança tem recebido crescente vigilância, uma vez que representa um desafio no campo das organizações de saúde e tem sido considerada uma prioridade dos sistemas de saúde de todo o mundo. As ações relacionadas à segurança do paciente e à qualidade assistencial no cuidado de saúde foram incluídas nos conceitos de qualidade assistencial devido à elevada incidência de EAs relacionados ao processo assistencial (JCAHO, 2013).

A qualidade do cuidado em saúde não depende de um único fator, mas é composta por diversos atributos, como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, que expressam a magnitude da qualidade (BENGOA; KAWAR, 2006). A construção de indicadores de qualidade utilizado pela OMS teve como base um

grupo de seis dimensões chaves do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) (BRASIL, 2013).

Quadro 1 – Dimensões da qualidade dos serviços de saúde.

Atributos	Definição
Segurança*	Ausência de lesões devido à assistência á saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistema de saúde seguro diminuem o risco de danos aos pacientes.
Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
Oportunidade	Redução das esperas e de atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para o que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
Eficiência	Prevenção do desperdício, de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico..

\* Esta é a definição de segurança do paciente do Instituto de Medicina. Não difere muito da definição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Portaria MS/GM nº 529/2013: reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Fonte: Brasil (2013).

A promoção da segurança do paciente teve como marco a publicação do *Institute of Medicine* (IOM), intitulada *To Err is Human: building a safer Heather System*. Taxas elevadas de falhas da assistência médico - hospitalar atraíram a atenção dos cientistas e da opinião pública. Estimou-se que entre 44 mil a 98 mil pessoas morriam a cada ano devido a erros no processo assistencial nos Estados Unidos da América. Cerca de um milhão de pacientes foram vítimas de EAs assistenciais nos hospitais norte-americanos, sendo mais da metade deles provenientes de erros que poderiam ser evitados (KOHN et al., 2000).

Na Europa estudos corroboram os dados do relatório do IOM, demonstrando que um em cada dez pacientes sofriam danos evitáveis e EAs durante a assistência à saúde. 50,0% a 60,0% desses eventos seriam evitáveis (GALLOTTI, 2004; BRASIL, 2011). Por conseguinte a necessidade de colocar a segurança do paciente como prioridade no âmbito das unidades de Centro Cirúrgico com recomendações para o fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais na melhoria da segurança do paciente nessas organizações (KOHN et al., 2000).

A mudança cultural acerca da segurança do paciente é crucial para que sejam implantadas medidas efetivas, prevenção, redução dos riscos e dos eventos adversos (SILVA, 2009). A cultura de segurança constitui o “resultado das atitudes, percepções, padrões de comportamento e valores de trabalhadores os quais determinarão o compromisso, o estilo a competência da organização do setor saúde e da gestão de segurança” (SEXTON et al., 2006, p. 2).

A 55ª Assembleia da Saúde Mundial de 2002 adotou uma Resolução incentivando o fortalecimento à segurança assistencial à saúde (WHO, 2008). Atendendo a essa Resolução, a Organização Mundial da Saúde (OMS), atenta ao problema, lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, na qual ficou estabelecida na 57ª Assembleia da Saúde Mundial, com o objetivo de estimular a percepção do profissional e elevar a consciência e o empenho político para a segurança na assistência à saúde, apoiando as políticas públicas e estimulando as boas práticas assistenciais. A partir de então, ficou estabelecido que, a cada dois anos, seriam definidos temas prioritários a serem abordados, conhecidos como Desafios Globais (OMS, 2009; WHO, 2008).

A Aliança Mundial, além de estimular um modelo de cultura de segurança, ressaltou que essa cultura é produto de valores e padrões de comportamento individuais e coletivos, que geram compromissos dos profissionais e do apoio dos órgãos administrativos, para fomentar as boas práticas assistenciais (WEISER et al 2008). Organizações com cultura de segurança positiva, caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança mútua, por meio da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas (HSU et al., 2004).

Partilhar uma cultura de segurança surge, então, como um dos requisitos primordiais para a redução de ocorrência de erros ou incidentes (HANDLER et al 2006). Programas com metas e indicadores para a melhoria voltados para a segurança do paciente a nível mundial, como a campanha 5 milhões de Vidas do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), são ações que almejam a redução de EA (LEAPE et al 2009).

No Brasil, no ano de 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) atuou em consonância com as propostas a Organização Pan – Americana de Saúde (OPAS) e a OMS promoveu o *Workshop* segurança do paciente: Desafio Global para a Segurança do Paciente. Esse evento visava à melhoria da qualidade dos serviços hospitalares no país, tendo como objetivo identificar quais os problemas de segurança nos serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

O primeiro desafio Global foi direcionado na prevenção das infecções “Relacionadas a Assistência à Saúde Infecção Relacionada à Assistência à Saúde” (IRAS), tendo como lema “uma assistência limpa é uma assistência mais segura”. Em 2008, a OMS priorizou como o segundo Desafio Global “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (BRASIL, 2013). Os temas eleitos pela OMS foram motivados pelo pequeno investimento em sua implantação e devido à grandiosidade de EAs, além da falta de protocolos (BRASIL, 2014).

No sentido de fortalecer a cultura de segurança, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. O objetivo do PNSP consiste em contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e estabelecer um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS que deve ser elaborado e implantado no país (BRASIL, 2013). A seguir a trajetória histórica de implementação de iniciativas voltadas à qualidade e segurança do paciente (Figura 10).

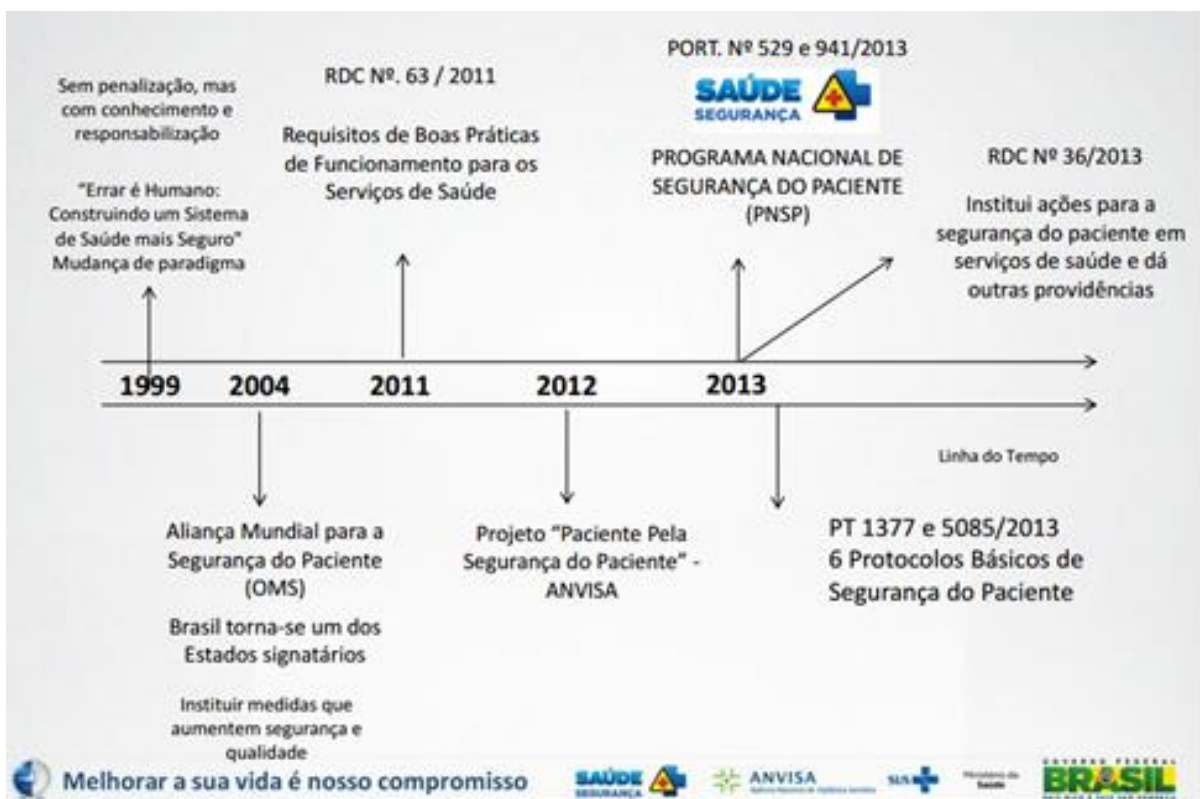


Figura 10 – Trajetória Marco Regulatório do PNSP.

Fonte: Portal ANVISA

A qualidade no cuidado em saúde para a segurança do paciente significa alcançar a efetividade, sendo esse o grande objetivo a ser atingido em relação às melhorias nas condições de saúde (DONABEDIAN, 2003). A efetividade é uma condição em que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados (BRASIL, 2003).

A segurança é fundamental para a assistência ao paciente e os desafios propostos têm como princípio repensar os processos assistenciais, rever entre os procedimentos de segurança exigirá empenho por partes dos profissionais de saúde (LEAPE et al., 2009). Problemas existem na qualidade dos cuidados, uma vez que errar é uma condição do ser humano. Portanto, deve-se, ao menos, conhecer, antecipar, aprender e prevenir (DIAS et al., 2007).

O problema de segurança cirúrgica tem aumentado pelo mundo inteiro podendo ser imputado a falta de infraestrutura, de materiais, efetiva esterilização dos instrumentais cirúrgicos, à qualidade das medicações, problemas administrativos das instituições, dificuldade no controle das infecções que podem diminuir por meio adequado o uso da profilaxia antimicrobiana, educação em serviço e recursos financeiros. Desse modo, o movimento global realizado pela OMS tem como propósito estimular a assistência cirúrgica mais segura para salvar vidas de milhões de pessoas pelo mundo (OMS, 2009). Em torno de 48% de EAs ocorridos em um hospital, foram associados a procedimentos cirúrgicos e anestésicos que ocorreram em sala operatória, destes de 30% a 50% evitáveis (FRAGATA, 2010).

Considerando os dados divulgados e a fragilidade na segurança durante a assistência em saúde, destacamos o segundo desafio global pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, denominado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Esse programa tem como objetivo elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência a saúde por meio de práticas seguras para uma cirurgia segura.

### 3.5 O CENÁRIO DE CENTRO CIRÚRGICO E A APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

O Centro Cirúrgico (CC) se configura como um setor complexo, em que convivem máquinas e humanos, e os últimos exigem a eficiência dos primeiros. Alta perfeição e ausência de erros determinam um ambiente estressante, haja vista que os homens não são máquinas e, embora detalhistas e responsáveis, são passíveis de erro (SOUSA et al., 2011).

A unidade de Centro Cirúrgico é um ambiente fechado e crítico, repleto de riscos, normas e rotinas que envolvem alta tecnologia e incertezas conduzindo a EAs (AQUINO, 2005; FRAGATA, 2010). As atividades no CC são destinadas às atividades cirúrgicas, recuperação e pós-operatória imediato. É uma unidade única que trata de situações complexas, estressante devido à quantidade e à diversidade de profissionais além de decisivo na ação curativa (SOBECC, 2009). As atividades realizadas no CC agregam profissionais de várias especialidades que trabalhem de forma integrada e devem fazer uso de processos de comunicação eficientes, além de procedimentos técnicos padronizados e precisos (AQUINO, 2005). O CC abrange vários procedimentos de outros setores do hospital, assim torna-se imperioso compreender a importância de cada processo realizado, para que não haja prejuízo ao paciente.

Os procedimentos cirúrgicos a cada dia ficam mais específicos e efetivos em razão do avanço da evolução de técnica cirúrgica, surgimento de equipamentos especializados e fármacos possibilitando melhorias das técnicas da anestesia, proporcionando maior precisão do diagnóstico clínico pré-operatório e segurança na indicação cirúrgica como terapêutica (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

A intervenção cirúrgica integra os cuidados de saúde e as complicações em procedimentos operatórios tornaram-se importantes causas de morte e invalidez, trazendo implicações significativas à saúde pública. Há estimativa mundial de 234 milhões de operações realizadas anualmente, uma intervenção para cada vinte e cinco pessoas vivas, com uma taxa de complicações com variação de 3% a 17% (HAYNES et al., 2009). Não há país onde não exista uma alta taxa de erros em procedimentos cirúrgicos (GAWANDE, 2011). Evidências anteriores apontam que 7 milhões de clientes sofreram complicações cirúrgicas anualmente, dos quais 50% eram evitáveis (WEISER et al., 2008).

Observa-se, nos últimos anos, inquietação no sentido de empenhar-se em busca da segurança na assistência a saúde. A OMS publicou, então, o segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, o Programa Cirurgia Segura Salva Vidas (*Safe Surgery Saves Lives*, 2007-2008), com diretrizes e critérios de identificação, tendo como objetivo garantir a segurança dos pacientes cirúrgicos no mundo, visando à redução da taxa das principais complicações cirúrgicas (OMS, 2009). No mesmo ano, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas com o intuito de ampliar a adesão dos hospitais da lista elaborada por especialista e assim contribuir com as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente (BRASIL, 2013).

No segundo Desafio Global, foram estabelecidas quatro importantes ações visando à segurança do paciente, sendo que todos os critérios fundamentam a LVCS, a saber: prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas eficientes e mensuração da assistência cirúrgica (OMS, 2009).

A LVCS possibilita agregar informações como mecanismo de segurança a rotina da sala cirúrgica. Não se trata de um instrumento regulador e sim um recurso para beneficiar a segurança do doente, cuja função é diminuir mortes cirúrgicas e problemas desnecessários, ou seja, trata-se de uma medida simples de padrões de qualidade com baixo custo (BRASIL, 2009).

A assistência cirúrgica é complexa. Na tentativa de reduzir sérias complicações levando a perda de vidas à proposta inicial para implantação da LVCS preconizado pela OMS contempla 10 objetivos imprescindíveis relacionados à segurança do paciente cirúrgico (WHO, 2008, 2009).

- 1) A equipe operará o paciente correto e o local correto.
- 2) A equipe usará métodos conhecidos para prevenir danos da administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
- 3) A equipe reconhecerá efetivamente e se preparar para o risco, perda de via aérea ou de função respiratória.
- 4) A equipe reconhecerá e preparar-se-á efetivamente para o risco de perda sanguínea elevada.
- 5) A equipe evitará indução de uma reação alérgica ou adversa de drogas para os quais o risco ao paciente é conhecido.
- 6) A equipe sempre usará métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção de sítio cirúrgico.
- 7) A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.
- 8) A equipe garantirá e identificará com precisão todos os espécimes cirúrgicos.
- 9) A equipe comunicará e trocará efetivamente informações críticas para a condução segura da operação.
- 10) Hospitais e sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina da capacidade de cirúrgica, dos volumes e dos resultados (OMS, 2009, p.25).

Na era da superespecialização, as falhas evitáveis são comuns e persistentes, sendo necessária a criação de métodos diferentes de controle a fim de superá-las. Nesse sentido, a lista de verificação é uma ferramenta capaz de fornecer proteção contra tais falhas, prevenindo erros elementares no decorrer dos procedimentos, definindo passos mínimos necessários em cada etapa (GAWANDE, 2011).

A lista de verificação, apresentada na Figura 11, contribui para a percepção do risco-primeiro passo para a mudança prática efetiva de medidas preventivas, ajudando a recordar todas as tarefas de cada etapa da operação cirúrgica: antes do início da anestesia (*sign in*), antes da incisão na pele (*time out*) e antes do paciente sair da sala cirúrgica (*sign out*),


especialmente nos casos de questões banais e que levam a distrações. Os fundamentos da LVCS se dá estruturado em três princípios, a saber: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração (WORLD, 2009).

No *sign in* é averiguado a identidade do paciente, o local a ser operado, o nome do procedimento que vai ser realizado e a assinatura do Termo de Consentimento. Também são avaliados processo alérgico anterior, demarcação do local a ser operado, equipamentos de segurança anestésica e risco de hemorragia (WORLD, 2009).

No *time out*, uma pequena pausa é realizada para identificação do paciente apresentação dos integrantes envolvidos bem como suas funções, e do sítio cirúrgico. Além disso, é confirmada a aplicação de antibióticoprofilaxia nos últimos 60 minutos, exames disponíveis de imagem e laboratorial, materiais necessários disponíveis dentro do prazo de esterilização e particularidades sobre riscos críticos e estratégias operacionais que possam ser resolvidos (WORLD, 2009).

No *sign out*, o procedimento deverá novamente ser confirmado, deverá ser realizada a contagem e conferidos os instrumentais, compressas, as amostras coletados durante o procedimento cirúrgico, rotuladas confirmando o nome do paciente, verificar se algum equipamento apresentou problemas. Ainda nessa etapa o cirurgião, anestesiológista e equipe de enfermagem revisam as preocupações e as necessidades do paciente na saída da sala de operações (WORLD, 2009).





## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica      ▶▶▶▶▶▶▶▶      Antes da incisão cirúrgica      ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶      Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIDADE</li> <li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> <li>• CONSENTIMENTO</li> </ul>	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO	<p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p>
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</li> <li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> </ul>	<input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	<p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?	<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
<p>O PACIENTE POSSUI:</p>	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
<p>ALERGIA CONHECIDA?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</li> </ul>	<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)
<p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS	<input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Assinatura _____</p>
<p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA &gt; 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS		

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Figura 11 – Lista de Verificação do Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas da Organização Mundial da Saúde.

Fonte: OMS (2009).

A segurança do paciente depende de sistemas que previnam, interceptem e evitem os erros, antes do surgimento de danos advindos. Sendo assim, determinadas mudanças precisam ser implementadas e analisadas nos serviços de saúde, para que o paciente receba uma assistência de qualidade, segura e livre de qualquer tipo de dano (WACHTER, 2010). A necessidade de reversão do quadro apontado pela relevância do problema “Cirurgia Segura” tem gerado estudos face aos erros associados à sua assistência.

O entendimento por parte da equipe cirúrgica ainda é crítico e o trabalho não é realizado em consonância. A recusa em reconhecer, mensurar os erros e determiná-los subestima sua frequência ou nem mesmo os reconhece (VICENT, 2009).

Erros cirúrgicos são atribuídos à deficiência na atenção à saúde, trazendo impacto sobre a saúde dos pacientes, repercussão econômica e por constituir um instrumento de avaliação da qualidade da assistência (SOUZA et al., 2011). Nesse sentido, complicações podem vir a ser minimizadas pela promoção do trabalho em equipe e a implantação de instruções a serem seguidas, por meio da lista de verificação durante o procedimento cirúrgico (FRAGATA, 2010).

Considerando o cenário intenso do trabalho no centro cirúrgico, ele se caracteriza como relacional, pela interação entre profissional, paciente e tecnologia (MERHY et al., 1997). Nessa perspectiva, configura-se como uma intervenção que requer um gerenciamento organizacional em sala operatória a fim de prevenir possíveis erros e falhas.

A prevenção dos problemas de segurança do paciente ocorre com o desenho ou planejamento de estruturas e processos. O procedimento em sala cirúrgica é um processo de trabalho que implica

[...] um jeito de olhar um serviço de saúde, de qualquer natureza, que permita perceber algumas situações e características importantes sobre “fazer saúde”, e que permita refletir sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, porque, a quem e como serve (MERHY, 2007, p.73).

O trabalho em saúde é desenvolvido coletivamente e realizado por uma equipe multidisciplinar que, apesar das suas especificidades de conhecimentos, faz parte de um conjunto que resulta na assistência à saúde de total complexidade. A falta de articulação interdisciplinar, em benefício de assistir à saúde do usuário, pode gerar uma divisão da assistência, sendo complicador no avanço nesta prática (PIRES, 2008).

Trabalhar em equipe é complexo e é considerado como o impulsionador de transformações. A organização do processo de trabalho e o envolvimento dos diversos profissionais de saúde são fundamentais para que se alcance e busque uma assistência de qualidade. A equipe deverá trabalhar verdadeiramente unida para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício da segurança do paciente em procedimento cirúrgico, requerendo forte comprometimento de todos (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

Uma das exigências para oferecer uma assistência de qualidade e segura é ter uma cultura de comunicação aberta, permitindo às equipes uma relação igualitária onde as rivalidades hierárquicas tornam-se irrelevantes (FUDICKAR et al 2012;BLISS et al 2012; PANCIERI et al 2013). Neste sentido, evidenciar a comunicação como fator pertinente à cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde é fundamental para o desenvolvimento do trabalho. A utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica propicia uma oportunidade de uma comunicação eficaz, permitindo aos membros da equipe cirúrgica partilhar expectativas e informações claras, corretas reduzindo as ameaças e complicações (HAYNES et al., 2011; FUDICKAR et al., 2012; BLISS et al., 2012; PANCIERI et al., 2013).

Portanto, faz se necessário uso correto do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS que poderá auxiliar para o envolvimento da equipe, melhorando condições de trabalho, bem como a adesão à lista de verificação cirúrgica preconizada e, com isso, alcançar a meta do segundo desafio global: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (BRASIL, 2008).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa não experimental, descritiva e com abordagem quantitativa, associado à observação direta/participante como foco na efetividade da aplicação do protocolo de cirurgia segura da OMS adaptado, para o procedimento transplante renal de doador falecido.

A pesquisa não experimental é usada quando o pesquisador coleta descrições detalhadas para construir um fenômeno e explorar acontecimentos onde a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos são mensuráveis; observa-o e o descreve à medida que ocorrem naturalmente sem que haja controle ou manipulação por parte do investigador (LOBIONDO, HABER, 2001). Desenhos não-experimentais também são classificados de acordo com o momento de coleta de dados no tempo, ou de acordo com a época da experiência ou evento estudado (BURNS ,GROVE,2005).

O estudo descritivo expõe com precisão fenômenos e fatos ocorridos e características em um determinado grupo específico, e exige do pesquisador levantamento de informações sobre o tema da pesquisa (TRIVIÑOS, 2011). Investigações de teor descritivo têm por objetivo informar como se dá um evento, na população em estudo, em termos quantitativos (PEREIRA, 2013).

A pesquisa quantitativa constitui o método que se caracteriza pelo emprego da quantificação, possui a intenção de garantir precisão frequentemente aplicada em estudos descritivos (RICHARDSON, 1989). A abordagem quantitativa é o meio de testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis (CRESWELL, 2010). A atuação do pesquisador se faz de maneira sistemática com a definição do problema. A descrição quantitativa envolve a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos de um fenômeno mensurável (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na observação participante/direta, para entender melhor o objeto de interesse, a observação pode ser bom método (PATTON, 2002). O pesquisador insere-se no grupo, pois, dessa forma, terá maior compreensão de atitudes, hábitos e funcionamento do grupo (BARDIN, 2011). Possibilita o convívio no meio pesquisado obtendo uma melhor visão da realidade (QUEIROZ et al., 2007).

## 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário o Centro Cirúrgico em Hospital Universitário, de médio porte localizado no Centro-Oeste brasileiro, na cidade de Brasília – Distrito Federal (DF). Inaugurado em 1972, como Hospital do servidor da União, e em 1979 passou a ser considerado hospital-escola. No ano de 2005, o hospital foi certificado como Hospital de Ensino, tendo como missão: “Cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde” (HUB, 2014).

A instituição é referência no DF tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como sua fonte de recursos para o custeio e foi um dos primeiros hospitais do Planalto Central a disponibilizar uma assistência especializada e, no ano de 1977, foi realizado o primeiro transplante renal do Centro-Oeste (HUB, 2014).

A escolha pelo hospital de ensino se deu por possuir um serviço de referência em transplantes, realizando, atualmente, 50% de transplante de rim da rede pública do DF (MEIRA, 2014; HUB, 2014).

## 4.3 AMOSTRA/CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A amostra foi composta por profissionais do Centro Cirúrgico (CC) (8 médicos urologistas, 9 anestesiólogos), médicos residentes em medicina (4 urologistas e 9 anestesiólogos, 5 enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem) totalizando 62, além de 16 pacientes adultos submetidos a transplante renal.

O tipo da amostra foi de conveniência, ou seja, não probabilísticas, em que os critérios são selecionados, intencionalmente, de acordo com os objetivos do estudo ou com a experiência e conveniência do pesquisador (MATTAR, 2001). As unidades amostrais são acessíveis, tornando-as fáceis de mensuração. Tal amostra é oportuna, pois produz informações úteis sobre um dado evento (MALHOTRA, 2010; PEREIRA, 2013).

Os participantes foram selecionados segundo critérios de inclusão: equipe de trabalho do CC.

- Aceitar o convite para participar da pesquisa e sua formalização pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Candidatos a transplante renal de doador falecido

- Pacientes adultos,
- Maiores de 18 anos,
- Receptores do órgão rim de doador falecido,
- Além de aceitar o convite para participar da pesquisa e sua formalização pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

#### 4.4 AMOSTRA/CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados como critérios de exclusão:

- Pacientes que estavam aguardando o procedimento cirúrgico, mas no momento da realização do transplante apresentou contraindicação absoluta para se submeter ao procedimento;
- O rim a ser transplantado apresentou contraindicação na avaliação do médico urologista na mesa de perfusão.
- Os profissionais que se encontravam em período de férias ou em afastamento durante o período de coleta de dados; e, aqueles que não aceitaram participar do estudo.

#### 4.5 TREINAMENTO DOS AUXILIARES DE PESQUISA

Previamente, antes da coleta, foi realizada uma oficina de treinamento para os enfermeiros que atuavam no CC central do HUB e teve como foco a construção de conhecimento para aplicação da LVCS em procedimento cirúrgico de transplante renal de doador falecido com carga horária de 2 horas (APÊNDICE C).

A oficina esclareceu os principais aspectos que compunham a pesquisa. Foi apresentado os instrumentos utilizados na pesquisa e houve o acompanhamento periódico para averiguar se os procedimentos foram seguidos e os requisitos alcançados.

Após o treinamento foi selecionado auxiliares de pesquisa que prestam serviço no Hospital Universitário. A seleção dos auxiliares teve como critérios: interesse, disponibilidade para participar na fase de coleta de dados do estudo. A pesquisa contou com apoio de 3 enfermeiros .

O objetivo desta capacitação foi para que a aplicação da LVCS fosse realizada de forma uniforme a fim de evitar viés de aferição.

#### 4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o levantamento dos dados da pesquisa, foram elaborados instrumentos diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa, estruturados em duas partes conforme a seguir descritos.

- (Parte I – a) Características demográficas e profissionais dos participantes da pesquisa: sexo, idade, categoria profissional, nível de formação em pós-graduação na área, tempo de formação e atuação na área. Para a coleta de dados, foi utilizado formulário elaborado pela pesquisadora e entregue aos participantes, previamente, com perguntas fechadas. (APÊNDICE D).

Para os participantes da pesquisa da equipe de trabalho do Centro Cirúrgico:

a-1) equipe de transplante: Após esclarecimento sobre o conteúdo, objetivos, sigilo de sua identidade, foi solicitado o seu preenchimento, de acordo com o seu julgamento pessoal e entregue ao coordenador da lista de verificação segurança cirúrgica após a assinatura do TCLE. O questionário sobre características demográficas e profissionais foi entregue aos participantes da pesquisa durante a realização da reunião da equipe que ocorre semanalmente no hospital.

a-2) Equipe de anestesistas e de enfermagem: o questionário sobre características demográficas e profissionais foi entregue aos participantes no próprio Centro Cirúrgico do hospital, antes do ato cirúrgico e mediante esclarecimento sobre o conteúdo, objetivos, o sigilo de suas identidades, a liberdade de desistir da participação em qualquer momento, riscos, benefícios do estudo e após concordância, foi solicitado o seu preenchimento, de acordo com o seu julgamento pessoal e entregue ao coordenador da lista de verificação segurança cirúrgica após a assinatura do TCLE.

- (Parte II – a) lista de verificação do recebimento do órgão. A lista de recebimento foi elaborada conforme a RDC 66/2009, que estabelece padronização do processo de transporte, definindo regras sobre qualidade, segurança e integridade dos órgãos. (APÊNDICE E) implantação da lista de verificação da cirurgia segura. (APÊNDICE F) a lista de verificação da cirurgia segura da pesquisa passou por adaptações a fim de abranger tópicos relevantes ao procedimento de transplante renal conforme orientação da Aliança Mundial da Saúde (WHO, 2008, 2009 - Quadro 2).

Quadro 2 – Lista de verificação de cirurgia segura - Transplante renal – Brasília, DF.

Lista de verificação de cirurgia segura- Procedimento transplante renal de doador falecido			
Checagem do Início do Transplante	Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia – Pausa Cirúrgica	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<p>- Checklist recebimento do órgão.</p> <p>- Validação do órgão recebido.</p> <p>- Resultados de tipagem sanguínea.</p> <p>- Prova-cruzada de linfócitos (cross-match).</p> <p>- Exames laboratoriais: Exames de imagem ( ) sim ( ) não</p> <p>-Tipo sanguíneo do doador -Tipo sanguíneo do receptor. -Tempo de Isquemia fria</p>	<p>- Identificação do paciente</p> <p>- Lateralidade está demarcada?</p> <p>- O Termo de Consentimento para a cirurgia está preenchido e assinado?</p> <p>- Paciente confirmou o procedimento?</p> <p>- Oximetria de pulso instalado e funcionado</p> <p>- Alergia conhecida? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>-Há risco de via aérea difícil/risco de aspiração? -Há equipamento disponível? Há risco de perda sanguínea &gt; 500ml</p>	<p>- Os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões/Funções</p> <p>- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam. Identificação do paciente.</p> <p><b>Procedimento a ser realizado.</b> - Local do procedimento a ser feito</p> <p>Antecipação de eventos críticos: <b>Revisão do cirurgião:</b> - Passos críticos da perfusão na mesa</p> <p>Preparação do órgão a ser transplantado (perfusão do enxerto) - O órgão estava bem acondicionado.</p> <p><b>Revisão do anestesista:</b> - Há alguma preocupação em relação ao paciente? - A Profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?</p> <p><b>Revisão da enfermagem:</b> Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? - Previsão e provisão de gelo estéril. - Solução Euro Collins para perfusão na mesa</p>	<p>- A enfermeira confirma o nome do procedimento</p> <p>- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas.</p> <p>- Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido.</p> <p>- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória deste paciente.</p>

Fonte: Das autoras.



#### 4.7 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida no CC do HUB no período de dezembro de 2014 a setembro de 2015. Os dados foram obtidos por meio de instrumentos de coleta de dados, transcritos na íntegra e armazenados no programa de computação EXCELL. A análise de dados foi arquivada de forma a possibilitar o fornecimento de resposta ao problema da investigação por meio do software SPSS versão 20.0.

#### 4.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística dos dados foi apresentada por meio de tabelas, quadros e gráficos e utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman para averiguar a existência de associação entre os graus de conformidade das fases da LVCS.

O Teste de Spearman é uma medida de correlação não paramétrica que foi utilizado para avaliar a relação entre as significativas entre os itens de verificação, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica - pausa cirúrgica e antes de sair da sala cirúrgica. Os testes consideraram um nível de significância de 5%, isto é, a hipótese nula foi rejeitada quando o p-valor foi menor ou igual a 0,05.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa e atendendo às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e da Instituição Coparticipante (ANEXO A) (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/FS-UnB, conforme CAAE: 38400514.2.0000.0030 (ANEXO B).

Os potenciais participantes do estudo foram abordados em momentos distintos, isto é, antes do ato cirúrgico (transplante renal) e mediante esclarecimento sobre o conteúdo e objetivos da pesquisa. Foi mantido o sigilo de suas identidades, os entrevistados tinham a liberdade de desistir da participação em qualquer momento, e explicados os riscos e os benefícios do estudo. Após concordância, foi solicitado a assinatura do TCLE. Dessa forma, o convite para participar do estudo aconteceu conforme descrito a seguir: a) equipe de transplantes — em reunião que ocorreu durante a semana no hospital, previamente ao

procedimento operatório de transplante; b) equipe de anestesistas — foi no Centro Cirúrgico, antes da indução anestésica do paciente, pois a equipe é fixa nesta unidade; c) equipe de enfermagem - enfermeiros e técnicos de enfermagem foram convidados para participar de reunião, que teve como objetivo apresentar a pesquisa que foi realizada no Centro Cirúrgico, finalizando com convite para participar do estudo; d) paciente a ser submetido ao transplante foi consultado na Unidade de Transplante (UT) do hospital, realizada a entrevista, com perguntas abertas e fechadas pelo coordenador da lista de verificação de segurança cirúrgica.

## 5 RESULTADOS

Os resultados a seguir apresentados foram desenvolvidos com base no tratamento dos dados e organizados em duas etapas. A primeira contempla as características sociodemográficas dos participantes do estudo. A segunda se refere aos dados dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicado antes do início do transplante renal de doador falecido, checagem antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala cirúrgica.

### 5.1 PARTE I – CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram demonstradas características dos 16 participantes da pesquisa submetidos a transplante renal de doador falecido (Tabela 1)

Houve a predominância dos participantes do sexo masculino (75%). Com relação à faixa etária, a distribuição apresenta uma variação de idade entre 19 a 60 anos, com uma idade média de 51,9 anos com um desvio padrão de 14,6 anos.

Evidenciou-se que 62,5% conviviam com os companheiros. A escolaridade foi variada, com destaque para cinco participantes com ensino fundamental incompleto (31,2%), e dois (12,5%) informaram ter ensino superior completo. Quanto à profissão/ocupação, a maioria (50,0%) era aposentado.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes submetidos a transplante renal de doador falecido (n=16), Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (em anos)</b>		
18 – 30	2	12,5
31 – 40	—	—
41 – 50	5	31,2
51 – 60	4	25,0
>60	5	31,2
<b>Sexo</b>		
Masculino	12	75,0
Feminino	4	25,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	4	25,0
Casado	9	56,3
Separado	2	12,5
União estável	1	6,2
<b>Escolaridade</b>		
Semialfabetizado	1	6,2
Ensino fundamental completo	2	12,5
Ensino fundamental incompleto	5	31,2
Ensino médio completo	3	18,8
Ensino médio incompleto	1	6,2
Ensino superior	2	12,5
Ensino superior incompleto	1	6,2
Ensino superior com Pós-graduação	1	6,2
<b>Profissão/ocupação</b>		
Aposentado	8	50,0
Autônomo	2	12,5
Cabelereiro	1	6,25
Desempregado	2	12,5
Dona de Casa	2	12,5
Estudante	1	6,2

Fonte: Originado da pesquisa

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

No que se refere às características demográficas e profissional dos profissionais de saúde participante da pesquisa, quanto à faixa etária, em anos, 25 (40,2%) tinham de 20 e 30 anos; 20 (32,3%) entre 30 e 40 anos; 13 (21%) entre 40 e 50 anos e quatro (6,5%) com idade superior a 50 anos. A média das idades foi de 34,2. Quanto ao sexo, 35 (56,5%) era do sexo feminino e 27 (43,5%) masculino (Tabela 2).

Referente à profissão, observou-se que houve predominância de profissionais com formação em técnicos de enfermagem 27 (40,5%), cinco (8,1%) enfermeiros, 13 (21,0%) residentes sendo nove da área de anestesiologia e quatro na especialidade urologia, nove (14,5%) médicos anesthesiologistas e oito (12,5%) médicos urologistas (Tabela 2).

Quando questionados sobre sua formação, 26 responderam que possuíam especialização, dentre eles oito (30,7%) urologistas, nove (38,4%) anesthesiologistas, quatro (15,3%) médicos residentes de urologia e quatro (15,3%) enfermeiros (Tabela 2).

No que concerne ao vínculo empregatício com outra instituição, 31 (50,0%) responderam ter vínculo e 31 (50,0%) responderam não possuir outro vínculo empregatício. As categorias profissionais que mais se destacaram por possuir outro vínculo empregatício foram os anesthesiologistas e urologistas, correspondendo a 17 profissionais (27,4%) seguidos de técnicos de enfermagem 12 (19,4%), enfermeiro 1 (1,6%) e residente de urologia 1(1,6%). Enquanto isso, as categorias que não possuem outro vínculo foram 15 técnicos (24,2%); 12 (19,4%) residentes de urologia e anesthesiologista e enfermeiros, quatro (6,4%) (Tabela 2).

Quanto ao tempo de atuação no procedimento de transplante renal, em anos, 34 (54,8%) atuavam entre 1 e 2 anos; 10 (16,1) entre 3 e 4 anos; 4 (6,4%) entre 5 e 6 anos; 4 (6,4%) entre 7 e 8 anos; 2 (3,2%) acima de 11 anos de atuação no procedimento.

A seguir, a distribuição das características sociodemográficas é apresentada em forma de tabela (Tabela 2).

Tabela 2 – Características demográficas e profissional dos profissionais da saúde participantes da pesquisa no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília, no procedimento transplante renal de doador falecido (n = 62) – Brasília, DF, Brasil, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
20 - 30 anos	25	40,2
30 - 40 anos	20	32,3
40 - 50 anos	13	21,0
>de 50 anos	4	6,5
<b>Sexo</b>		
Masculino	27	43,5
Feminino	35	56,5
<b>Profissão</b>		
Médico urologista	8	12,9
Médico anesthesiologista	9	14,5
Enfermeiro	5	8,1
Técnico de enfermagem	27	43,5
Médico residente	13	21,0
<b>Possui especialização</b>		
Sim	26	41,9
Não	36	58,1
<b>Vínculo com outra instituição</b>		
Sim	31	50,0
Não	31	50,0
<b>Tempo de atuação em procedimento cirúrgico transplante renal (anos)</b>		
1 – 2 anos	34	54,8
3 – 4 anos	10	16,1
5 – 6 anos	4	6,4
7 – 8 anos	4	6,4
9 – 10 anos	2	3,2
>11 anos	8	12,9

Fonte: Originado da pesquisa.

## 5.2 PARTE II – ITENS DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA LISTA DE CIRURGIA SEGURA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO

A lista de verificação de cirurgia segura no transplante renal de doador falecido utilizada possui quatro etapas, as quais contêm itens que devem ser checados durante o procedimento cirúrgico.

Nas tabelas 3, 4, 5 e 6, a seguir, são apresentados resultados relativos ao preenchimento dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicado antes do início do transplante renal de doador falecido, checagem antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala cirúrgica, respectivamente.

A primeira etapa da lista de cirurgia segura foi constituída de cinco itens. Essa etapa foi iniciada na Unidade de Transplante, onde o paciente ficou internado, pois o órgão a ser transplantado como rotina instituída pelo grupo de trabalho é recebido nesta unidade.

Em relação aos episódios observados pertinentes a essa etapa, chama atenção o fato de o *Checklist* do recebimento do órgão 11 (68,8%) e validação do órgão recebido 10 (62,5%) estar em não conformidade conforme as diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos em virtude de estar com preenchimento inadequado. Os resultados de tipagem sanguínea apresentaram quatro (25,0%) não conformidades, devido a não constarem no prontuário no momento de averiguação dos exames. A prova cruzada de linfócitos e os exames de imagem apresentam bom resultado e vinham acompanhados do paciente da unidade de origem na totalidade dos casos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicados antes do início do transplante renal de doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item de Verificação da lista Cirurgia Segura	Conforme		Não conforme	
	N	%	n	%
<i>Checklist</i> recebimento do órgão	5	31,2	11	68,8
Validação do órgão recebido	6	37,5	10	62,5
Resultados de tipagem sanguínea	12	75,0	4	25,0
Prova-cruzada de linfócitos	16	100	-	-
Exames de imagem	16	100	-	-

Fonte: Originado da pesquisa

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A segunda etapa da lista de verificação checagem, ou seja, antes da indução anestésica, foi integralmente realizada em ambiente do CC, sala operatória, pela coordenadora responsável da lista dos itens de verificação da lista de cirurgia segura (Tabela 4).

Pode-se constatar que, o item “lateralidade demarcada da cirurgia” atingiu a totalidade de não conformidade, mesmo após a confirmação pela equipe que realiza a preparação do órgão a ser transplantado (Tabela 4).

Quanto ao item “alergia” era desconhecido por 14 (87,5%) da equipe cirúrgica (Tabela 4).

No quesito “há disponibilidade de equipamento caso haja uma via aérea difícil”, cinco (31,2%) dos médicos anesthesiologistas informaram que o CC do HUB não possuía material que atendesse a essa demanda (Tabela 4).

Observou-se que, em relação aos procedimentos “Checagem do equipamento anestésico” na frequência de 15 casos (93,8%) e “Oximetria de pulso instalado e funcionando”, na totalidade dos casos, o anestesista realizou a checagem, mesmo não havendo confirmação verbalmente (Tabela 4).

Cinco (31,2%) termos de consentimento para a cirurgia preenchido e assinado não constavam no prontuário e 11 (68,7%) estavam preenchidos dentro da conformidade. O item “identificação do paciente” em apenas um caso (6,2%) não estava em conformidade, uma vez que o paciente não estava utilizando a pulseira de identificação; os demais estavam identificados (93,8). Na totalidade das situações observadas, os pacientes tinham acesso venoso adequado caso houvesse necessidade de reposição de perda sanguínea, ainda que os médicos acreditassem que o procedimento transplante renal de doador falecido não haver perda > 500 ml de sangue (Tabela 4).



Tabela 4 – Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicados na segunda etapa da lista de verificação - checagem antes da indução anestésica do transplante renal de doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item de Verificação da lista Cirurgia Segura: Antes da Indução Anestésica	Conforme		Não conforme	
	n	%	n	%
Identificação do paciente	15	93,8	1	6,2
Lateralidade está demarcada	-	-	16	100,0
Termo de consentimento para a cirurgia está preenchido e assinado	11	68,7	5	31,2
Paciente confirmou o procedimento	16	100,0	-	-
Checagem do equipamento anestésico	15	93,8	1	6,2
Oximetria de pulso instalado e funcionando	16	100,0	-	-
Alergia conhecida	2	12,5	14	87,5
Risco de via aérea difícil	11	68,8	5	31,2
Há equipamento disponível				
Há risco de perda sanguínea > 500 ml	Sim		-	-
Há acesso venoso e planejamento para reposição	16	100,0	-	-

Fonte: Originado da pesquisa

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na etapa seguinte, relacionada a itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicados antes da incisão cirúrgica - pausa cirúrgica do transplante renal de doador falecido - , que deve ser checada e preenchida antes da incisão cirúrgica, incluindo a pausa cirúrgica, não houve adesão significativa em nenhuma etapa para a confirmação em voz alta antes de iniciar a cirurgia (Tabela 5).

A não conformidade nessa etapa observou-se que oito (50,0%) dos profissionais da equipe não confirmaram seus nomes e profissões/funções; nove (56,2%), incluindo o cirurgião, o anestesista e a enfermagem, verbalmente não identificaram o paciente; oito deles (50,0%) não confirmaram o procedimento a ser realizado; e 10 (62,5%) não confirmaram o local do procedimento a ser realizado (Tabela 5).

Em relação à preparação do órgão a ser transplantado pelos médicos urologistas na mesa de perfusão, há todo um cuidado minucioso para o seu recebimento tais como: identificação, especificação da lateralidade, espécie do órgão, horário de clampeamento e acondicionamento. Os resultados apontaram que 12 (75,5%) estavam em conformidade e quatro (25,0%) apresentaram não conformidade, devido a causas externas, como demora do

gelo estéril que é utilizado para preservação da temperatura do órgão e a solução de conservação Euro Collins<sup>R</sup> estar indisponível na instituição ou estar em temperatura inadequada (Tabela 5).

A previsão e provisão de gelo estéril e solução Euro Collins<sup>R</sup> para perfusão do órgão na mesa foi observado em conformidade em 13 (13,2%) casos, e três (18,8%), respectivamente, apresentaram problemas, tais como: na instituição não havia máquina para produção de gelo estéril, para isso, foi utilizado bolsas de soro fisiológico 0,09%, em que é realizada desinfecção externa da bolsa. A solução Euro Collins encontrava-se morna ou fora do prazo de validade (Tabela 5).

O item “o órgão estava bem condicionado” em 10 casos (62,5%) apresentou não conformidade devido ao preenchimento, rasuras na identificação da caixa que o transportava (Tabela 5).

O profissional anestesista é responsável por realizar a profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos que antecede ao procedimento cirúrgico. Os resultados desse procedimento mostraram que 15 (93,8) estavam em não conformidade e um caso (6,2%) realizou a medicação em tempo recomendado (Tabela 5).

Por último, nessa etapa, quanto à revisão de enfermagem, os dados apresentaram, na sua maioria, conformidade de “correta esterilização do instrumental cirúrgico” (n=15; 93,8%), sendo um (6,2%) não conforme, devido ao invólucro da bandeja de instrumental cirúrgico estar manchado, sendo necessária a troca imediata (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicado antes da incisão cirúrgica – Pausa cirúrgica do transplante renal de doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item de Verificação da lista Cirurgia Segura – Antes de Iniciar a Cirurgia– Pausa Cirúrgica	Conforme		Não conforme	
	n	%	n	%
<b>Os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões/Funções</b>	8	50,0	8	50,0
<b>O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam identificação do paciente.</b>	7	43,8	9	56,2
<b>Confirmam o procedimento a ser realizado</b>	8	50,0	8	50,0
<b>Local do procedimento a ser feito</b>	6	37,5	10	62,5
Antecipação de Eventos críticos				
Revisão do Cirurgião				
<b>Há passos críticos no procedimento</b>				
<b>Perfusão na mesa do órgão - Preparação do órgão a ser transplantando.</b>	12	75,0	4	25,0
Recebimento e confirmação do doador e receptor.	15	93,8	1	6,2
<b>O órgão estava bem-acondicionado</b>	6	37,5	10	62,5
Revisão do Anestesista				
<b>Há preocupação em relação ao paciente</b>	15	93,8	1	6,2
<b>A profilaxia Antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos</b>	1	6,2	15	93,8
Revisão da Enfermagem				
Correta esterilização do instrumental cirúrgico	15	93,8	1	6,2
<b>Previsão e provisão de gelo estéril</b>	13	81,2	3	18,8
<b>Solução Euro Collins<sup>R</sup> para perfusão do órgão na mesa.</b>	13	81,2	3	18,8

Fonte: Originado da pesquisa

A seguir a Tabela 6, corresponde a itens de verificação da lista cirúrgica segura antes de o paciente sair da sala cirúrgica.

Ao realizar a análise da tabela 6 verificou-se que não houve adesão significativa na confirmação em voz alta a respeito do “nome do procedimento” (n=8; 50,0%) e a equipe o cirurgião, o anestesista e a enfermagem, na totalidade dos casos, não analisaram os pontos mais críticos e importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente (Tabela 6).

Observou-se que, a contagem de compressas, instrumentais e agulhas são aspectos de segurança que a equipe respondeu em sua totalidade em conformidade mesmo havendo substituição de profissionais durante o procedimento dado a troca de plantão (Tabela 6).

Problemas com equipamentos para serem resolvidos foram equacionados em 13 casos (81,2%) em conformidade e três (18,7%) apresentaram problemas com a bateria dos monitores do carro de anestesia (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos itens de verificação da lista de cirurgia segura aplicado antes de o paciente sair da sala cirúrgica, do transplante renal do doador falecido, segundo conformidade e não conformidade (n = 16) – Brasília, DF, Brasil, 2015.

Item de verificação da lista Cirurgia Segura – Antes do paciente sair da sala cirúrgica	Conforme		Não conforme	
	n	%	n	%
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe				
Nome do procedimento	8	50,0	8	50,0
A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta.	16	100	-	-
Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido	13	81,2	3	18,7
O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória deste paciente.	-	-	16	100

Fonte: Originado da pesquisa

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Evidencia-se na pesquisa que prevaleceu a conformidade dos itens de verificação da LVCS (58,3%) e dados apontam que 41,4% estavam não conforme (Figura 12).

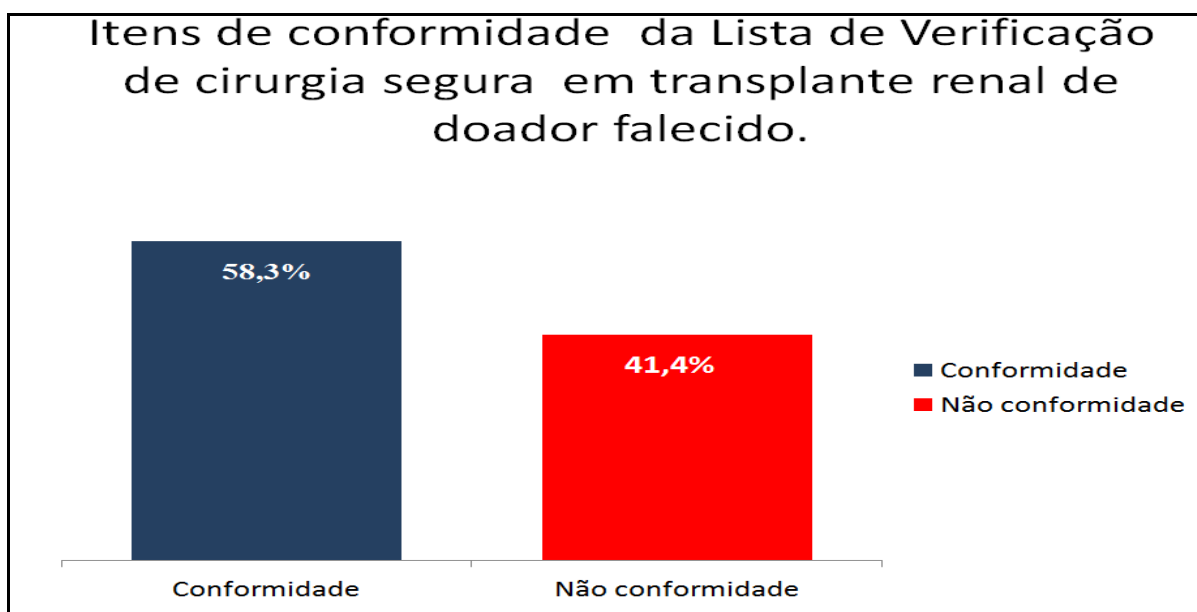


Figura 12 – Distribuição do percentual de conformidade e não conformidade da LVCS – no procedimento transplante renal de doador no procedimento transplante renal de doador falecido - Brasília, DF, Brasil, 2015.

Fonte: Originado da pesquisa

Na Figura 13 os gráficos ilustram quanto ao percentual de conformidade e não conformidade em cada etapa da LVCS.

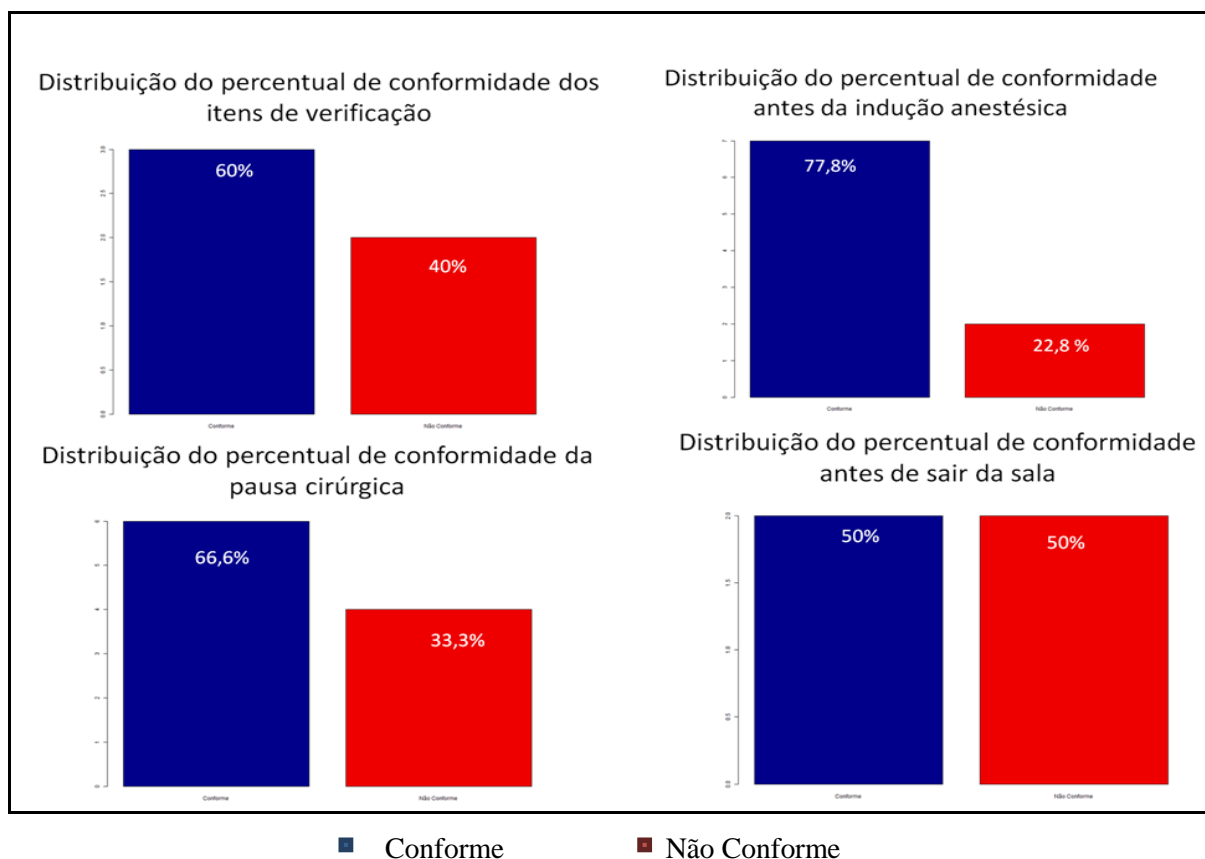


Figura 13 – Distribuição do percentual de conformidade e não conformidade das etapas da LVCS no procedimento transplante renal de doador falecido - Brasília, DF, Brasil, 2015.

Fonte: Originado da pesquisa

Após a verificação de todas as etapas propostas dos itens da lista de cirurgia segura aplicados no procedimento transplante renal de doador falecido, segundo conformidade e não conformidade, pode-se concluir que existe correlação entre itens os de verificação, antes de sair da sala cirúrgica, entre a pausa cirúrgica e antes de sair da sala cirúrgica.

Foi possível averiguar a existência da associação entre os graus de conformidade das fases do transplante, como por exemplo, a correlação entre itens de verificação e antes da indução anestésica é de -0,18, ou seja, que na escala da correlação que varia entre -1 e 1, é uma correlação relativamente baixa e inversa, ou seja, quanto maior o grau de conformidade de itens de verificação menor é o grau de conformidade para antes da indução anestésica e vice-versa (Tabela 7).

Pode-se observar que também se têm o p-valores para cada associação, e para o caso entre itens de verificação e antes da indução anestésica não é significativa, pois o p-valor associado é de 0,50 e sendo considerado o ponto de corte de 0,05 (Tabela 7).

A correlação entre itens de verificação e pausa cirúrgica é de 0,54 o que é considerado relativamente alto, o que demonstrou que, quanto maior o grau de conformidade para itens de verificação, maior é o grau para pausa cirúrgica ou quanto menor é o grau de conformidade para itens de verificação menor é o grau de conformidade de pausa cirúrgica. Neste tem-se uma correlação significativa, pois seu p-valor é igual a 0,03, sendo menor que o ponto de corte de 0,05. (Tabela 7).

Tabela 7 – Correlação de graus de conformidade dos itens de verificação nas etapas de aplicação da LVCS e distribuição de p-valor, de acordo com o momento de aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica, no TX doador falecido - Brasília, DF, Brasil, 2015.

Áreas do transplante		Correlação	p-valor
<b>Itens à verificar</b>	Antes da indução anestésica	-0,18	0,5
	Pausa cirúrgica	0,54	0,03
	Antes de sair da sala	0,6	0,01
<b>Antes da indução anestésica</b>	Itens à verificar	-0,18	0,5
	Pausa cirúrgica	0,24	0,37
	Antes de sair da sala	0,12	0,66
<b>Pausa cirúrgica</b>	Itens à verificar	0,54	0,03
	Antes da indução anestésica	0,24	0,37
	Antes de sair da sala	0,81	0
<b>Antes de sair da sala</b>	Itens à verificar	0,6	0,01
	Antes da indução anestésica	0,12	0,66
	Pausa cirúrgica	0,81	0

Obs.: Teste Spearman - Significância ao nível de p-valor < 0,05

Fonte: Originado da pesquisa

## 6 DISCUSSÃO

Este capítulo tem como objetivo realizar discussão procurando evidenciar com base na literatura, acerca dos resultados alcançados no estudo, de modo a contemplar os objetivos propostos.

A seção de discussão segue o mesmo formato apresentado nos resultados em duas partes contendo a discussão específica de acordo com o instrumento de coleta dos dados.

Inicialmente serão discutidas as características sociodemográficas e posteriormente itens da lista de verificação da lista de cirurgia segura no transplante renal de doador falecido.

### 6.1 CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO

No que se refere às características sociodemográficas dos 16 transplantes renais de doador falecido destacou-se a predominância de pacientes do sexo masculino (75%). Os achados de Teixeira, Lopes, Silva (2013) revelaram que os homens correspondiam a 55,6% de pacientes com DRC candidatos a transplante renal ao passo que, Corrêa et al. (2013), esse percentual representou 63,7% e Bertolin et al. (2011) encontrou (62,6%) assemelhando – se aos achados do presente estudo.

O número de indivíduos acometidos por DRC eleva-se a cada ano e com os avanços no tratamento e os cuidados disponibilizados nas últimas décadas elevaram a perspectiva de sobrevida (RIELLA, 2003; SESSO, GORDAN 2007). Indivíduos com idades entre 19 a 64 anos, do sexo masculino, em sua maioria, são mais acometidos estando no auge de sua fase produtiva (SBN, 2011). A idade dos pacientes submetidos a transplante renal teve uma prevalência entre 41 e acima de 60 anos (87,5%), o que mostra um perfil semelhante do censo de 2014, onde indivíduos com faixa etária de 19 a 64 anos foram os pacientes mais submetidos ao tratamento de TRS (SBN, 2014).

O resultado do estudo em relação à educação formal o nível de escolaridade dos doentes transplantados mostrou-se baixo. A maioria dos participantes não tinha o ensino médio completo. Um estudo realizado em um ambulatório do hospital público credenciado na ABTO levantou uma escolaridade nível mais frequente, no ensino fundamental completo (ALBUQUERQUE, 2010).

Existe uma preocupação relacionada quanto à educação dos transplantados, demonstrado em uma pesquisa em Baltimore (EUA) onde os pacientes tinham menor taxa de escolaridade quando comparado aos demais pacientes (MEGAN, 2014). Segundo Xavier (2014) um indivíduo com maior escolaridade tem mais condições de compreender as informações acerca do tratamento da DRC e decidir sobre o que é melhor para si (XAVIER et al 2014).

Em relação à ocupação laboral, 50% dos transplantados eram aposentados. Embora estivessem na fase produtiva da vida, pesquisas anteriores com pacientes portadores de DRC mostraram resultados semelhantes em relação a este estudo, considerando à ocupação (ALBUQUERQUE, 2010; CORDEIRO et al 2009; MENDONÇA, 2014; XAVIER et al 2014). No entanto, considerando-se limitações impostas pela doença, é garantido o direito da seguridade nacional ao auxílio-doença e posteriormente a aposentadoria (BRASIL, 2004).

Dados relacionados à situação conjugal 62,5% tinham relacionamento estável. Isso reforça a importância do suporte familiar favorecendo o enfrentamento imposto à nova rotina (CORDEIRO et al., 2009; XAVIER, 2014).

## 6.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPANTES NO PROCEDIMENTO TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO

As variáveis demográficas e profissionais dos profissionais de saúde possibilitou retratar as características dos participantes.

Com relação às variáveis, o sexo feminino foi dominante 56,3% (n=35) e quanto à profissão 43,5% (n =27) composto por técnicos de enfermagem.

Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca 50% atuam na enfermagem. A enfermagem é composta por 80,0% de técnicos e auxiliares e 20% são enfermeiros. No Distrito Federal não é muito diferente, 24,9% enfermeiros e 75,01% de técnicos e auxiliares segundo dados do COREN-DF (COREN, 2014; COFEN, 2015). Os dados nacionais revelam que os profissionais de enfermagem são predominantemente compostos por mulheres 84,6% e o sexo masculino, 15%. Os profissionais técnicos de enfermagem iniciam a profissão com 18 anos e enfermeiros com 22 anos. A faixa etária dos profissionais de enfermagem se situa entre 26 a 55 anos (COFEN, 2015).



É interessante observar quanto à profissão médica somente uma mulher era especialista em urologia (1,6 %). Conforme a Sociedade Brasileira de Urologia, 90,0% dos urologistas são homens e 8,2% desses profissionais trabalham na região Centro-Oeste (SBU – DF, 2015).

O tempo de atuação dos profissionais em procedimento cirúrgico renal na sua maioria 54,8% (n=34) declarou ter de 1 a 2 anos de experiência em transplante renal demonstrando que muitos desses nunca atuaram nesse tipo de ato operatório e também por se tratar de uma especialidade recente. O HUB em 2013 assinou contrato de adesão com a estatal Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) transferindo sua gestão, essa mudança levou a abertura de processo seletivo possibilitando na contratação de recursos humanos para o nível médio e superior. A EBSERH foi constituída para viabilizar os hospitais universitários federais cuja clientela fosse 100,0% SUS (HUB, 2014).

### 6.3 ITENS DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DA LISTA DE CIRURGIA SEGURA

Considerando a primeira etapa da lista de verificação cirurgia segura, ou seja, antes do início do transplante, que trata do recebimento e validação do órgão recebido, ainda na Unidade de Transplante, verificou-se que não houve correto preenchimento do formulário conforme a Resolução – RDC- nº 66, de 21 de dezembro de 2009. Diz a norma no:

#### CAPÍTULO II DO PROCESSO DE TRANSPORTE

##### Seção III – Das Responsabilidades

Art. 16. O responsável técnico pela equipe técnica de transplantes deve elaborar e manter as instruções escritas e atualizadas de acondicionamento e de armazenamento dos órgãos.

Art. 25. As equipes médicas envolvidas possuem as seguintes atribuições:

I – a equipe técnica de transplantes deverá preencher os formulários padronizados de acompanhamento do órgão onde ficarão registradas informações referentes à retirada, com especificações sobre a data e hora do início da isquemia fria e a solução de preservação utilizada, conforme modelo constante do anexo II deste Regulamento;

II – a equipe transplantadora e/ou profissional da saúde do centro cirúrgico deverá averiguar as condições de recebimento do órgão, preencher e assinar as informações sobre o horário de chegada do material, integridade das embalagens e rótulos.

Ressalta-se que, na rotina do hospital em estudo, cabe inicialmente ao profissional de enfermagem realizar a conferência do recebimento do órgão na unidade de origem do paciente.

Quanto ao tempo de isquemia fria, considerado esfriamento de um tecido ou órgão durante a diminuição da perfusão de sangue, ideal para o órgão em conservação e segundo a recomendação para o órgão, rim tem até 24 horas a 4°C, utilizando solução Euro Collins<sup>R</sup> e 36 horas solução Belzer<sup>R</sup> – UW (ABTO, 2009). Essas soluções estão relacionadas à preservação do órgão a ser transplantado. A mais utilizada é a Euro Collins<sup>R</sup> e, desses órgãos transplantados estavam em conformidade, somente um deles (6,25%) ultrapassou do limite recomendado segundo Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos (ABTO, 2009). Houve perda de informação de um caso (6,25%) quanto ao tempo de isquemia fria, devido ao não preenchimento.

A segunda etapa da lista de verificação, ou seja, antes da indução anestésica, deve ser realizada dentro do CC, com o paciente e equipe cirúrgica, antes da indução anestésica (OMS, 2009).

O tema de segurança do paciente está diretamente relacionado à qualidade nos serviços em saúde. A *Nacional Patient Safety Agency* (NPSA) no ano de 2005 publicou recomendações de utilização de pulseiras para identificação dos pacientes, depois de obter 236 relatos na imprecisão da identificação de paciente no Reino Unido (SEVDALIS, 2007).

O registro incorreto na identificação do paciente mostrou ser motivo de preocupação na assistência à saúde, uma vez que induz a uma série de eventos adversos ou erros, tais como: a administração de medicamentos e hemocomponentes, a realização de procedimentos quer seja cirúrgico ou não, exames laboratoriais, radiológicos, como também, a troca de recém-nascidos (WHO, 2007).

Pode-se observar que a maioria dos pacientes estavam identificados com a pulseira adotada pela instituição e na sala cirúrgica observou-se a confirmação verbal dessa identificação.

O processo de identificação do paciente assume a relevância de assegurar a ele, o tipo de procedimento ou tratamento a ser submetido prevenindo algum episódio de dano que venha causar, ou, qualquer tipo de lesão (OMS, 2010; JCAHO, 2011).

No tocante lateralidade do procedimento cirúrgico foi predominante e com baixa resposta de conformidade. O processo de marcação da lateralidade para toda e qualquer cirurgia é de competência médica e tem como objetivo a prevenção do risco de não operar o local errado, a falta de aplicação desse item, ameaça à segurança do procedimento cirúrgico (SOBECC, 2009; ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES, 2014).

Segundo estudos da JCAHO (2011), após análise de 126 erros, pode-se constatar que 13% das cirurgias ocorreram em pacientes errados, 11,0% as cirurgias erradas e 76,0% o lado errado ou em partes do corpo errado. A especialidade cirúrgica urologia destaca a necessidade de demarcação da lateralidade, pois podem ocorrer no hemicorpo tanto à direita como à esquerda permitindo realizar a mesma cirurgia, o que pode levar a possibilidade do erro.

Eventos como operar o paciente em local errado não deveriam ocorrer, porém ainda se encontra presente na área da saúde. A marcação reforça a segurança prevenindo possíveis malefícios decorrentes de procedimentos cirúrgicos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013; O'CONNOR et al., 2013).

Considerando o item – a equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco?

O achado desse estudo mostrou que 87,5% da equipe cirúrgica desconheciam se o paciente apresentava algum tipo de alergia. As reações adversas a medicamentos estão entre as maiores falhas nos cuidados em saúde. As reações alérgicas às drogas são causas comuns de eventos adversos (SILVA et al., 2011). Na perspectiva de prevenção a reações adversas torna-se necessário avaliar as causas permitindo a criação de bloqueio para minimizar os riscos para os pacientes (BRASIL, 2013).

Dada à magnitude do problema, a avaliação pré-operatória do paciente deve ser considerada de suma importância a fim de identificar, antecipadamente, fatores de risco, dentre elas as alergias conhecidas pelo paciente e o histórico anterior de reações adversas a medicamentos, entre outros.

O risco de via aérea difícil foi outro item que, apesar de ter apresentado uma frequência na sua maioria de conformidade, foi motivo de preocupação do setor. A inexistência de material para intubação de via aérea difícil na instituição foi relatada com preocupação pelos médicos anesthesiologistas 5 (31,2%) em nosso estudo.

A manipulação ineficaz da via aérea pode ser apontada como causa de complicações mais comum ligada à anesthesiologia, a ela é atribuídos 30,0% de óbitos relacionados (MAGALHÃES et al., 2013).O procedimento de preparação de intubação de um paciente de uma via aérea difícil é uma etapa importante, uma vez que não seja realizado por profissionais treinados, poderá levar o paciente à hipóxia, resultando em falha na ventilação. Esta situação é uma das principais causa de morte e de sequelas neurológicas graves (RODRIGUES et al., 2013).Nesse contexto a avaliação prévia de dificuldade de intubação orotraqueal torna-se relevante a fim de minimizar tais complicações anestésicas (MAGALHÃES et al., 2013).

Na terceira etapa, ou seja, antes de iniciar a cirurgia – pausa cirúrgica antes da incisão na pele reme-se ao *time out*.

Um dos itens listados nessa etapa compreende a confirmação verbal por todos os integrantes da equipe cirúrgica: confirmação de nomes e funções, identificação do paciente, procedimento a ser realizado e local a ser feito. Neste sentido, a maioria dos itens de não conformidade foi predominante. O objetivo dessa fase consiste em evitar erros certificando-se do procedimento correto, paciente certo e a equipe certa.

Nessa etapa as informações deveriam ser checadas verbalmente, com participação de toda a equipe (JCHAO, 2008). A falta no processo de comunicação explícita pela equipe contribui para um cuidado inseguro na assistência, podendo acarretar em desfechos prejudiciais ao paciente. (PAIVA, PAIVA, BERTIS, 2010; MAGALHÃES, 2012, NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A interação com a equipe utilizando a checagem da lista de verificação é um momento propício para vencer a barreira da comunicação interpessoal tornando um facilitador na assistência ao paciente. (PANCIERI et al., 2013). Problemas na comunicação é um dificultador na adesão aos programas de segurança do paciente, incrementando a incidência de eventos adversos (FOUCARDE et al., 2011).

Segundo estudo realizado por uma equipe no teste piloto da OMS (2011) alguns obstáculos foram detectados nessa fase, atribuídos a timidez do coordenador da lista em parar a checagem quando um dos itens estiver não conforme e a dificuldade social em lidar com as diferenças hierárquicas não permitindo criar um veículo de comunicação efetiva entre os sujeitos no processo de trabalho (GAWANDE 2011; JOHNSON, KIMSEY 2012; MAXFIELD et al , 2013).

Por outro lado, um estudo multicêntrico realizado em um hospital de ensino na Finlândia foi percebido melhora na comunicação após a implantação da lista de verificação de cirurgia segura (HELMIO et al., 2011).

No quesito referente à antecipação de eventos críticos, ligados à segurança o coordenador eleito conduz uma rápida discussão entre a equipe cirúrgica (equipe de enfermagem, cirurgião e anestesista) sobre situações específicas a serem ditas que possam por ventura comprometer a segurança do ato cirúrgico.

A profilaxia antimicrobiana é considerada primordial na redução da infecção de sítio cirúrgico. Foram identificados problemas (93,8%) no presente estudo, que envolviam a administração do antibiótico fora do prazo, últimos 60 minutos. A ocorrência de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS) é classificada como grave problema de Saúde

Pública no Brasil e no mundo sendo, considerado um das principais causas de morbimortalidade, ameaçando a segurança do paciente (LACERDA, 2003; BRASIL, 2009; CDC 2009; PINA, 2010).

De todas as infecções relacionadas à assistência à saúde, cerca de 15,0 % são atribuídas a infecções de sítios cirúrgicos (ISC) daí as complicações no pós - operatório dos pacientes cirúrgicos. A presença ISC em pacientes aumentam os gastos assistências consideravelmente e a profilaxia cirúrgica adequada visa diminuir a incidência dessas infecções (BRASIL, 2009. FHEMIG, 2010).

Muitas causas são apontadas relacionadas da ISC, como o pré – operatório inadequado, tipo de procedimento, duração da cirurgia, competência técnica da equipe cirúrgica, o próprio local CC e período do intraoperatório (BATISTA; RODRIGUES 2012).

Uma das estratégias mais efetivas para prevenção do sítio cirúrgico consiste no uso de profilaxia com antimicrobianos. Estudos evidenciaram que, a implementação da LVSC, é possível melhorar significativamente o cumprimento dessa fase antes da incisão cirúrgica (LUBBEKE et al., 2013; TILLMAN et al., 2013). Ou seja, a utilização da LVSC tem colaborado, substancialmente, na redução de infecção do sítio cirúrgico, nas taxas de reoperação, na morbidade e na mortalidade (LUBBEKE et al., 2013).

A quarta etapa corresponde ao período recomendado pela OMS que deve ser verificado antes do paciente sair da SO.

Nessa etapa foram verificados itens relativos à confirmação do procedimento entre eles: realizar contagem de instrumentais, agulhas, gazes, compressas e conferidos ao final do procedimento. Também são revistos todos os problemas/preocupações com os equipamentos para que ações possam ser utilizados em quaisquer situações. Ao final a equipe analisa os pontos críticos mais importantes após o término do procedimento (OMS, 2009).

A análise demonstrou uma não conformidade significativa da etapa de confirmação dos integrantes da equipe, bem como no último item os pontos críticos e mais importantes do procedimento cirúrgico não foram discutidos durante o procedimento no CC para um alinhamento de processo.

Para haver condição no sentido de proporcionar uma assistência com qualidade e segurança, faz-se necessário haver uma comunicação acessível a todos os membros da equipe oportunizando um momento de confiabilidade, onde as dificuldades como a quebra de paradigmas inclusive de hierarquia seja superada (FUDICKAR et al., 2012; BLISS et al., 2012; GAWANDE, 2011; FRAGATA, 2010).

Cabe ressaltar que uma vez que todos estão envolvidos no cuidado seguro ao paciente, adotar uma comunicação adequada entre os pares possibilita compartilhar expectativas, informações seguras, isso restringe ameaças e complicações (OMS, 2009; HAYNES et al., 2011; FUDICKAR et al. 2012; HAUGEN et al., 2013). A LVCS resulta em uma melhor cooperação entre os profissionais de saúde revertendo para a o progresso da comunicação e evolução no trabalho em equipe. A comunicação é considerada elemento imprescindível para o desempenho de uma equipe. (FRAGATA, 2010; OSVALD et al,2012 ; NUGENT et al., 2013).

A cirurgia e o processo de trabalho em equipe é difícil. Obter qualidade e resultados positivos nestes procedimentos requer cuidados na percepção das possíveis dificuldades. O trabalho coletivo e a comunicação são necessários para aprimorar os potenciais benefícios relacionados à lista de verificação, sendo, portanto, o impulsionador de mudanças (FORTUNA et al., 2005; KASATPIBAL et al., 2012). Atualmente prestar assistência de qualidade traduz em melhores resultados, o bem-estar adequado e completo do paciente, sendo essa a exigência de segurança nos procedimentos cirúrgicos (DONABEDIAN, 1980).

Quanto ao item da contagem de compressas, instrumentais e agulhas, houve conformidade de 100,0% nos procedimentos observados. Os profissionais mostraram-se comprometidos no processo de conferência, sendo essa norma que tem como propósito detectar precocemente a retenção de qualquer corpo estranho no sítio cirúrgico.

A não contagem é considerada uma não conformidade podendo causar danos graves ao paciente (GAWANDE et al., 2003; AGRAWAL, 2012). A compressa foi o item como mais descrito na retenção durante o procedimento cirúrgico (LINCOURT et al., 2007; TEIXEIRA et al., 2007; STAWICKI et al., 2013).

Outro estudo apresentou que o erro de contagem de materiais/ instrumentais são relatados em diversas especialidades cirúrgicas. Os itens mais citados entre os erros de contagem foi a agulha cirúrgica, e em virtude das cirurgias complexas, dada ao elevado manuseio de instrumentais. (BUTLER et al., 2010; ROWLANDS, 2012).

Segundo o Instituto de Medicina dos EUA, para tornar o processo mais seguro deve respeitar e considerar as limitações humanas, ou seja, não se basear na memorização ou reduzir os processos diminuindo o número de etapas; mas é preciso utilizar artifícios que estimulem as ações de prevenção e assim minimizar os erros (IOM, 2001).

Ficou evidente, em estudo que após a implementação da LVSC, houve melhora na percepção e na frequência dos acontecimentos de danos aos pacientes minimizando, a possibilidade contra eventos adversos, melhorou o trabalho em equipe, a comunicação da equipe, ou seja, fomentou mudanças positivas da sala operatória (OSVALD et al., 2012).

Estabelecer uma cultura de segurança associada à utilização LVSC é um dos grandes desafios da campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

Ressalta - se que a apresentação da análise dos resultados desse estudo tem como objetivo contribuir com o Hospital Universitário ao declarar que a consciência da fragilidade ao erro leva a ação por antecipação ao andamento correto dos processos e pessoas.

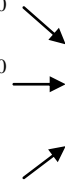
## **7 RECOMENDAÇÕES**

O estudo trouxe como justificativa a avaliação da conformidade e não conformidades da aplicação da lista de verificação da cirurgia segura no procedimento cirúrgico transplante renal na gestão do processo assistencial com a finalidade de propiciar a segurança ao paciente.

Baseado nos resultados apresentados sugerem-se algumas ações no processo de trabalho da equipe cirúrgica em sala operatória, como oportunidades de melhoria para uma assistência segura em transplante renal de doador falecido. As medidas sugeridas e apresentadas seguem as recomendações da OMS/Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (Tabela 8).



Tabela 8 – Ações recomendadas para adequação dos itens de não conformidade, da lista de verificação de segurança cirúrgica, aplicado em transplante renal de doador falecido – Brasília, DF

Item de Verificação da lista Cirurgia Segura – Checagem Antes do Início do Procedimento	Não Conforme		Ação Recomendada
	N	%	
Checklist recebimento do órgão	11	68,8	Reestruturar o <i>checklist</i> do recebimento do órgão conforme RDC N° 66/2009
Validação do órgão recebido	10	62,5	Realizar treinamento da equipe, fortalecendo o compromisso e a responsabilidade para o preenchimento adequado
Item de Verificação da lista Cirurgia Segura – Antes da Indução Anestésica	Não Conforme		Ação Recomendada
	N	%	
Lateralidade está demarcada.	16	100	Logo após a conferência do órgão, na mesa de perfusão, sugere-se que a demarcação da lateralidade seja realizada imediatamente, por um médico residente da urologia
Alergia conhecida	14	87,5	Realizar a consulta/avaliação pré-cirúrgica. Incluir no roteiro da consulta questionamento ao paciente referente a esse aspecto da avaliação global
Item de Verificação da lista Cirurgia Segura – Antes da Iniciar a Cirurgia – Pausa Cirúrgica	Não Conforme		Ação Recomendada
	N	%	
Os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões/Funções.	8	50	 <p>Envolver a equipe para implantação do Programa Cirurgia Segura, promovendo estudos sobre a temática a fim de favorecer oportunidades de discussões, para melhoria da aplicação da lista de verificação da cirurgia segura</p>
Confirmam o procedimento a ser realizado	8	50	
O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam identificação do paciente.	9	56,2	
O órgão estava bem acondicionado.	10	62,5	Reestruturar o <i>checklist</i> do recebimento do órgão, conforme RDC N° 66/2009. Acompanhar a temperatura do órgão com a utilização de termômetro na caixa térmica
Profilaxia antimicrobiana foi administrado nos últimos 60 minutos.	15	93,8	<p>Durante o procedimento cirúrgico, o anestesiológista assume a administração do medicamento, atentando para horário, tipo e dose.</p> <p>Promover reunião com a equipe de anestesiologia, para discussão da necessidade de melhoria e conscientização, da utilização da LVCS</p>
Item de Verificação da lista Cirurgia Segura – Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica	Não Conforme		Ação Recomendada
	N	%	
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe nome do procedimento.	8	50	Fortalecer a relação e a importância do trabalho em equipe reconhecendo barreiras que possam vir a interferir na segurança do paciente
O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória deste paciente.	16	100	<p>Proporcionar um espaço onde os profissionais possam expressar pontos dificultadores, dúvidas, discordâncias e propostas de melhoria.</p> <p>Disponibilizar uma caixa de sugestões no CC para que possam contribuir com novas ideias no intuito de alcançar e melhorar a segurança do paciente por meio da utilização da LVCS</p>

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualidade e segurança em serviços de saúde são preocupações básicas em qualquer lugar no mundo. A cirurgia é um grande foco de melhoria de cuidados em saúde.

Neste estudo, tratou-se de analisar a aplicabilidade da lista de verificação para cirurgia segura em transplante renal de doador falecido, além de verificar a conformidade e não conformidade da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) que possam afetar a segurança do procedimento cirúrgico.

Os resultados do presente estudo revelaram que os passos da LVCS não são efetivamente praticados. A pesquisa mostrou que 58,6% dos itens da LVCS estão em conformidade. A segurança é um compromisso de todos e com o uso da lista, níveis de verificação para a segurança do paciente foram constatados no estudo.

No entanto, em algumas etapas, a não conformidade atingiu 41,4% em itens necessários à segurança, tais como:

- 1ª etapa – Antes do início do transplante renal – *checklist* de recebimento do órgão, validação do órgão.
- 2ª etapa – Antes da indução anestésica – A lateralidade não demarcada e alergia desconhecida.
- 3ª etapa - Antes da incisão cirúrgica – Pausa cirúrgica - A equipe não confirma seus nomes e profissões; a identificação do paciente; o acondicionamento do órgão; profilaxia antimicrobiana.
- 4ª etapa - Antes de o paciente sair da sala cirúrgica – confirmação verbal não foi realizada na maioria dos itens desta etapa, constituindo uma importante falha no desenvolvimento da aplicabilidade da LVCS. Outro ponto de preocupação é que não há discussão de pontos críticos para a melhoria do processo assistencial.

Acerca dos achados faz-se necessário maior vigilância sobre as ações realizadas dentro da sala operatória, principalmente reconhecendo as fragilidades, tendo como propósito tornar a assistência mais efetiva e segura.

A LVCS desenvolvido de acordo com os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS) melhora o ingresso pré-operatório e a comunicação entre a equipe. O foco é atraído para o procedimento, às dificuldades da cirurgia e necessidades especiais no tratamento ao paciente. Acredita-se que envolvimento de todos profissionais torna-se essencial quanto à seriedade da aplicabilidade da LVCS a fim de minimizar riscos.

Com base nos resultados encontrados permitiu constatar a necessidade da implementação de ações para provocar mudanças no comportamento dos profissionais envolvidos no processo, com pretensão de ampliar o percentual de conformidades melhorando assim a segurança cirúrgica, diminuindo a lacuna identificada no processo da cirurgia segura em transplante renal.

Avaliando-se o estudo realizado, é importante mencionar algumas fragilidades impostas pelo pequeno número amostral ( $n = 16$ ) e deve-se considerar a limitação do estudo por ter ficado delimitado em uma única instituição, o que pode restringir as probabilidades de comparações com outros cenários similares.

Salienta-se que o pesquisador participou como observador em todos os procedimentos de transplante renal de doador falecido da pesquisa. Reuniões realizadas com a equipe de enfermagem e médica, em que foi esclarecido e solicitado permissão para realização da pesquisa, contribuíram favorecendo clima de trabalho aberto e cooperativo. Vale salientar que o chefe do transplante renal apoiou a ideia reforçando o desejo de implantação da LVCS em transplante renal de doador falecido solicitando a extensão para outros procedimentos.

Estabelecer uma cultura de segurança associada à utilização LVSC é um dos grandes desafios da campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Evidencia-se a importância dos resultados alcançados com este trabalho com a finalidade de instigar a repensar a prática assistencial voltada para a segurança do paciente

No que diz respeito à aplicação da LVCS, considero que este estudo poderá vir a contribuir com o Hospital Universitário de Brasília (HUB) para o desenvolvimento científico, melhorando as práticas em centros cirúrgicos visando e motivando a qualidade assistencial. O HUB possui o Núcleo de Segurança do Paciente e a LVCS surge como uma proposta para implementação no momento oportuno.

Tratando-se de um tema novo no contexto brasileiro o presente estudo demonstra a necessidade de mais pesquisas sobre esse tema, que possa corroborar o auxílio a novas estratégias de implantação e adaptações desse formato de instrumento para a segurança do paciente em procedimento cirúrgico de transplante renal de doador falecido.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. G.; LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Rev.Bras.Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 98-103, jan-fev 2010.

AGRAWAL, ABHA. Counting matters: lessons from the root cause analysis of a retained surgical. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety/ Joint Comission Resources**, v. 38, n. 12, p.566-574.

ALMEIDA, E.C. **Doação de órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo**: revisão sistemática da literatura brasileira. Dissertação (Mestrado) - Ribeirão Preto, 2011.

ALSTON C, SPALIVIERO, M, GILL IS. Laparoscopic donor nephrectomy. **Urology**, v. 65, p. 833-869, 2005.

AMARAL, J. G.; OLIVEIRA, F. E. S. Acompanhamento da rotina de um centro cirúrgico: há um protocolo de cirurgia segura? **Revista UNINGÁ**, Maringá, n.36, p. 13-22, abr./jun. 2013.

ANDREW S. L. et. Al. Definition and classification of chronic Kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). **Kidney International**, International society of Nephrology, v. 67, p.2089-2100, 2005.

AQUINO, J.M. **Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico**: consequências profissionais e pessoais. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005

ASCEDIO, J.R; SCORDAMAGLIO,P.R; PALOMINO, A>M; OLIVEIRA, E.Q; JACOMELLI, M; FIGUEIREDO, V.R.. Intubação de via aérea difícil com broncoscópio flexível. *Rev. Bras. Anestesiol*, v.63, no.4, Campinas, July/Aug., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.05.001>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/home/home.aspx>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo: ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009.

\_\_\_\_\_. **Manual de Transplante Renal**.

\_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante**. a. XII, n. 1, jan./jun 2016.

\_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante**. a. XVII, n. 4, jan./dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante.** a. XVIII, n. 1, jan./mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante.** a. XIX, n. 1, jan./mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante.** a. XX, n. 1, jan./mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante.** a. XX, n. 4, 2014.

\_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante.** a. XX, n. 1, jan./mar. 2015.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES .**The Universal protocol, created to address the continuing occurrence of wrong site, wrong procedure and wrong person surgery.** Denver, 2014. Disponível em: <[https://www.aorn.org/Clinical\\_Practice/ToolKits/Correct\\_Site\\_Surgery\\_Tool\\_Kit/Correct\\_Site\\_Surgery\\_Tool\\_Kit.aspx](https://www.aorn.org/Clinical_Practice/ToolKits/Correct_Site_Surgery_Tool_Kit/Correct_Site_Surgery_Tool_Kit.aspx)>. Acesso em: 05 out. 2015.

BATISTA, TF; RODRIGUES, MCS - **Surveillance of surgical site infection after hospital discharge in a teaching hospital of the Federal District, Brazil: a retrospective descriptive study in the period 2005-2010-** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(2):253-264, abr- jun 2012

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARKAN, L. Cosmas and Damian: of medicine, miracles and economies of the body. In: YOUNGER, S. J.; FOX, R. C.; O'CONNEL, L. F. (Ed.). **Organ transplantation: meanings and realities.** Madison: The University of Wisconsin Press, 1996. p.220-251.

BARROS, E; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. **Nefrologia – Rotinas, Diagnóstico e Tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

BASTOS M. G.; CARMO, W. B.; ABRITA, R. R.; ALMEIDA, E. C.; MAFRA, D; COSTA D. M. N. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **J Bras Nefrol**, v. 26, p. 202-15, 2004.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev.Assoc Med Bras**, v.56, p. 248-53, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>

BENGOA, R.; KAWAR, R. **Quality of care:** a process for making strategic choice in health systems. World Health Organization, 2006.

BERTOLIN DC, PACE A. E.; KUSUMOTA, HAAS V. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. **Rev Esc Enferm**, USP, v. 45, n. 5, 2011. p. 1070-1076.

BHANDARIM.;TEWARAL,A. Is transplanted only 100 years old? Br J Urol, Edinburgh v.79,n.4,p.495-498,1997. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9126074](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9126074)

BLACK, J.M.; MATASSARIN-JACOBS, E. Luckman e Sorensen. **Enfermagem médico cirúrgica**. Uma abordagem psicofisiológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BLISS, L. A; ROSS-RICHARDSON, C. B.; SANZARI, L. J.; SHAPIRO, D. S.; LUKIANOFF, A. E.; BERNSTEIN, B. A. et al. Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist. **J Am Coll Surg**, v. 215, n. 6, 2012. p. 766-76. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22951032>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 9 abr. 2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº1168**, de 15 de junho de 2004 – Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_1168\\_ac.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm)> Acesso em: 9 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 105p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicossaude/manuais>>. Acesso em: 04 out 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde- Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática** – 2013 Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/.../Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008. **Manual Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas** (orientações para a cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde - Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home.>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BRASIL. Resolução nº 1.480 de 1997. **Estabelece os critérios de ME**. Conselho Federal de Medicina, 1997. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm)>. Acesso em: 29 mar. 2015.

BRASIL. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, 2011. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Decreto nº 2.268**, de 30 de junho de 1997. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1997/d2268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm)> Acesso em: 02 mai. 2015

BRASIL. **Lei nº 8.142**. Brasília: Senado Federal, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)> Acesso em: 10 mai. 2014

BRASIL. **Lei nº 9.434**, de 04 de fevereiro de 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm>>. Acesso em: 02 mai. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da saúde: Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva**. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAHU, 2002. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 529**, 1º de abril de 2013. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro, Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 91/GM**, 23 de janeiro de 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0091\\_23\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0091_23_01_2001.html)> Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. **Resolução RDC nº 66**, de 21 de dezembro de 2009. Disponível em: <[portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/.../RDC+Nº+66\\_09.pdf?MOD](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/.../RDC+Nº+66_09.pdf?MOD)>. Acesso em: 05 out. 2015.

BRASIL. Sistema Nacional de Transplantes. Brasília; Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/transplantes>> Acesso em: 28 mai. 2015.

BRASIL. **Tribunal de contas da União**. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programa: Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Brasília, 2006.

BRUNNO L. S. et al. Individual and clinical characteristics of clients with chronic kidney disease on renal replacement therapy. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mai/jun 2014. p.314-20.

BURNS N; GROVE S.K. **The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization**. 5th ed. St Louis: Elsevier; 2005.

BUTLER, M.; FORD, R.; BOXER, E.; SUTHERLAND-FRASER, Sally. Lessons from the Field: An Examination of Count Errors in the Operating Theatre. **ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia**, v. 23, n. 3, p. 6-16, set. 2010. Disponível em: <<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=416596953004856;res=IELHEA>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

CADERNO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA FHEMIG Segunda Edição (revisada e ampliada), 2010. Disponível em <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The National Healthcare Safety Network (NHSN). **Manual Patient safety component protocol**. Atlanta (GA): CDC, 2009. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/pscManual\\_current.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/pscManual_current.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. **The Lancet**, v. 353, p. 1178–1810, abr. 1999.

CONCHRANE, Archibald L.; BLYTHE, Max. **One man's Medicine: an autobiography of Professor Archier Cochrane**. Hardcover, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html)>. Acesso em: 12 out. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/2014. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/noticias/2322-enfermagem-do-df-se-sente-mal-remunerada-e-teme-violencia-no-local-de-trabalho>. Acesso em: 12 out. 2015.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. 4ª ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

COORDENAÇÃO GERAL DE ALTA COMPLEXIDADE. Secretaria de Assistência à Saúde Brasil, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção ao portador de doença renal**. Cadernos de Atenção Especializada, 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CORDEIRO, J. A. B. L.; BRASIL, V. V.; SILVA, A. M. T. C.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; ZATTA, L.T.; SILVA, A.C.C.M. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 785-793, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a03.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

CORRÊA, A. P. A.; MARISE BRAHM, M. T.; TEIXEIRA, C. C.; FERREIRA, Stephani A. L.; MANFR, R. C.; LUCENA, A. de F.; Echer. Complicaciones durante la hospitalización de receptores de trasplante renal. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, Porto Alegre, Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300006>

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

DEWHURST, J. **Cosmos and Damian, patron saints of doctors**. v.332. London: Lancet, 1988: p. 1479-1480.

DIAS, M. F. et al. Vigilância e Gerenciamento do risco em medicamento. **Revista Fármacos & Medicamentos**, São Paulo, v.3, n. 2, p.1-9, 2007.

DONABEDIAN A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.



DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in healthcare**. New York: Oxford University Press, 2003.

DRUCKER, P. **The new realities: in government and politics, in economics and business, in society and world view**. New York: Harper & Row, 1989.

EGGERS, P. W. Effect of transplantation on the Medicare end-stage renal disease program. **N Engl J Med**, v. 318, 1988. p. 223-9. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3275896](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3275896)

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo cruz <http://portal.fiocruz.br/>. Acesso em 25 out.2015

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, Ribeirão Preto Mar/Apr. 2005. p. 262-268. < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200020> >

FOURCADE, A. et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. **Qual. saf. health care.**, Londres, v.21, n.3, p.191-197,2012. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/11/07/bmjqs-2011-000094.full>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, p. 17-26, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/resources/000001133>>. Acesso em: 27 jul. 2014

FUDICKAR, A.; HÖRLE, K.; WILTFANG, J.; BEIN, B. The effect of the WHO surgical safety checklist on complication rate and communication. **Dtsch Arztebl Int**. v. 109, n. 42, out. 2012. p. 695-701. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3489074>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG. **Caderno de Protocolos Clínicos**. 2. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: FHEMIG, 2010. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos>>. Acesso em: 03 out. 2015.

GALLOTI, R.M.D.G. Eventos Adversos: O quê são? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.50, n.2, p.109-23, 2004.

GAWANDE, A. A. et al. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. **The New England Journal of Medicine**, v.348, n.3, p.229 -235, 2003.

GAWANDE, A. **The checklist manifesto**. Rio de Janeiro: Sextante, 2011.

GONÇALVES, L. F. S.; MANFRO, R. C.; VERONESE, F. V.; SAITOVITCH, D. Transplante renal: aspectos clínicos, rotinas e complicações. In: BARROS, E.; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. S. et al.. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1999.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, 2003.

HAFEZ, M. H.; ABDELLATIF, D.A.; ELKHATIB, M.M. Prevention of renal disease progression and renal replacement therapy in emerging countries. **ArtifOrgans**, v. 30, n. 7, p. 501-9, jul. 2006. Disponível em: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16836730](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16836730)>. Acesso em: 4 out. 2015.

HALLER, M.; GUTJAHR, G.; KRAMAR, R.; HARNONCOURT, F.; OBERBAUER, R. **Cost-effectiveness analysis of renal replacement therapy in Austria**. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26:2988-95.

HANDLER, S. M.; CASTLE, N. G.; STUDENTSKI, S. A.; PERERA, S.; FRIDSMA, D. B.; NACE, D. A.; HANLON, J. T. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Quality and Safety in Health Care**, v. 15, n. 6, p. 400-404, dez. 2006.

HAUGEN, A. S.; SOFTELAND, E.; EIDE, G. E.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. A.; NORTVEDT, M. W. et al. Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. **Brit J Anaesth**, v. 110, n. 5, mai. 2013. p. 807-815. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3630285pubmed>>. Acesso em: 27 jul. 2014

HAYNES AB, WEISER TG, BERRY WR, LIPSITZ SR, BREIZAT AH, DELLINGER EP, et al A. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist – based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety* 2011; 20:102-7. Disponível em: <http://doi:10.1136/bmjqs.2009.040022>

HAYNES, A.B;WEISER TC,BERRY WR,LIPSITZ SR,BREIZAT AH,DELINGER EP, HERBOSA T,JOSEPH S, KIBATALA PL,LAPITAM MS, MERRY AF,MOORTHY K, REZNICK RK ,TAYLOR B,GAWANDE AA.A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, n. 360, p. 491-499, 2009. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144931](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144931)

HELMIO, P.; BLOMGREN, K.; TAKALA, A.; PAUNIAHO, S. L.; TAKALA, R. S. K.; IKONEN, T. S. Towards better patient safety: WHO surgical safety checklist in otorhinolaryngology. **Clin Otolaryngol**, v. 36, 2011; p. 242-247. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21481197>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

HOWARD, K.; SALKELD, G.; WHITE, S.; MCDONALD, S.; CHADBAN, S.; CRAIG, J. C. et al. The cost effectiveness of increasing kidney transplantation and home based dialysis. **Nephrology**, Carlton, v. 14, 2009. p. 123-32.

HSU, C.; VITTINGHOFF, E.; LIN, F.; SHLIPAK, M.G. The incidence of end- stage renal disease is increasing faster than the prevalence of chronic renal insufficiency. **Annals of Internal Medicine**, n. 141, 2004. p. 95-102.

HUB - Hospital Universitário de Brasília. **Curso de especialização em gestão de hospitais universitários do SUS**: plano diretor estratégico do Hospital Universitário de Brasília. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2013-2014; HUB, 2014.

HUB - Hospital Universitário de Brasília. **HUB cria grupo de preparação semanal**. <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/noticias/>>

/asset\_publisher/Nm3SIn4Jbrre/content/hub-cria-grupo-de-preparacao-semanal-para-transplante-renal.> Acesso em 15 de nov. 2015.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT – IHI. **Campanha 5 Milhões de Vidas**. Disponível em: <<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st century**. Washington DC: National Academy Press, 2001

INTERNATIONAL REGISTRY IN ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION. Disponível em: <<http://www.irodat.org/>>. Acesso em: 6 maio de 2015

JENSEN, C. E.; SORENSEN, P.; PETERSEN, K. D. Denmark Kidney Transplantation is more cost – effective than dialysis. **Dan Med J.**, v. 61, n. 3, 2014. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24814915](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24814915)

JOHNSON HL, KIMSEY D. Patient safety: break the silence. *AORN J.* 2012; 95(5): 591-[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22541770601](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22541770601).

JOINT COMMISSION CENTER FOR TRANSFORMING HEALTHCARE. **Reducing the risk of wrong site surgery**. Disponível em: [www.centerfortransforminghealthcare.org/UserFiles/file/CTH\\_WSS\\_Storyboard\\_final\\_2011.pdf](http://www.centerfortransforminghealthcare.org/UserFiles/file/CTH_WSS_Storyboard_final_2011.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **National patient safety goals effective**. 2013. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/hap\\_2014\\_npsgs/](http://www.jointcommission.org/hap_2014_npsgs/)>. Acesso em: 11 jun. 2015.

KASATPIBAL, N.; SENARATANA, W.; CHITREECHEUR, J.; CHOTIROSNIRAMIT, N.; PAKVIPAS, P.; JUNTHASOPEEPUN, P. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist at a University Hospital in Thailand. **Surg Infections**, v. 13, n. 1, 2012. p. 50-56. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22390354>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

KIDNEY DISEASE: Improving Global Outcomes (KDIGO). CKD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney Int Suppl.**, v. 3, p. 1-150, 2013.

KIRCHNER, R. M. et al. Characterization of patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis. **Rev enferm UFPE on line**, v. 5, n. 2, p. 199, 2011.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S.; MCKAY, T.; PIKE, K. C. **To err is human**. Washington: National Academy Press, 2000.

KUSUMOTA, L; MARQUES, S; HAAS, VJ; RODRIGUES, RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm**, n. 21, p. 152-59, 2008.

KUSUMOTA, L; RODRIGUES, RAP; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 525-32 2004.

LACERDA RA. **Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde**. In: Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. p.9-23.

LEAPE,L.;BERWICK,D.;CLANCY,C.;CONWAY,J.GLUCK,P.;GUEST,J.;LAWRENCE,D.;MORATH,J.O'LEARY,D.;O'NEILL,P.;PINAKIEWICZ, D.;ISAAC ,T. Transforming healthcare: a safety imperative. **Qual. Saf. Health Care**, England, v.18, n.6, p.424-428, 2009. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/424.full>> Acesso em: 25 abr. 2015.

LESSA, I (org.) **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saude Colet.**, v. 9, p. 931-4, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400014>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

LEVER, Andrew S. et al. Definition and classification of chronic Kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). International Society of Nephrology. **Kidney International**, v. 67, p.2089-2100, 2005.

LIMA, A. M.; SOUSA, C. S.; CUNHA, A. L. S. M. S. Patient safety and preparation of the operating room: reflection study. **J Nurs UFPE on line**, v. 7, n. 1, p. 289-94, jan. 2013.. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2203>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

LINCOURT,A ;HARRELL A;CRISTIANO J;SECHRIST,A;KERCHER, K;HENIFORD ,BT.**Retained foreign bodies after surgery**. Journal of Surgical Research, Apr;138,n.2,p.170-174,2007. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17275034](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17275034)

LOBIONDO,W. G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro:Guanabara-Koogan; 2001.

LUBBEKE, A.; HOVAGUIMIAN, F.; WICKBOLDT, N.; BAREA, C.; CLERGUE, F.; HOFFMEYER, P. et al. Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment. **Med Care**, v. 51, n. 5, p. 425-429, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23579353>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

MAGALHÃES, A.M.M. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário**. 2012. 136 f. Tese - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MAGALHÃES, Edno; MARQUES, Felipe Oliveira; GOVÊIA, Cátia Sousa; LADEIRA, Luis Cláudio Araújo; LAGARES, Jader. Use of simple clinical predictors on preoperative

diagnosis of difficult endotracheal intubation in obese patients. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 63, n. 3, p. 262-266, maio-jun. 2013.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MANFRO, C. R.; CARVALHAL, G.F. Transplante renal. **Rev. AMRIGS**, v.47, p. 14-9, 2003.

MANUAL DE TRANSPLANTE RENAL. Disponível em: <[http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/manual\\_renal.pdf](http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/manual_renal.pdf)> Acesso em : 4 mar. 2015

MATHUR, A. K.; ASHBY, V. B.; SANDS, R. L.; WOLFE, R. A. Geographic variation in end-stage renal disease incidence and access to deceased donor kidney transplantation. **Am J Transplant**, v.10, n. 4, p. 1069-80, 2010.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001

MAXFIELD DG, LYNDON A, KENNEDY HP, KEEFFE D. Cogitare Enferm. 2015 Jul/set; 20(3): 636-640 Zlatnik MG. **Confronting safety gaps across labor and delivery teams**. Am J Obstet Gynecol. 2013; 209(5):4028

MEGAN, L. S. et al. Health-Related and Psychosocial Concerns about Transplantation among Patients Initiating Dialysis. **Clinical journal of the american society of nephrology-CJASN**, v. 9, n. 11, p. 1940-1948, nov. 2014

MEIRA, K. **HUB inicia instalação de comissão de doação de órgãos**. 19 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://unb.br/noticias/unbagenda/unbagenda.php?id=8378>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

MENDES W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. **The assessment of adverse events in Brazilian hospitals**. Int J Qual Health Care. 2009;21:279-84. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549674](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549674)

MENDONCA, A E. O. **Análise da efetividade do transplante renal na qualidade de vida dos receptores no estado do Rio Grande do Norte**. Ana Elza Oliveira de Mendonca. -Natal, 2014.90f: il. Orientador: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy E. E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 113-50.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo, Hucitec, 2007.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect : as a statistician that is. **Qual Saf Health Care**, v. 12, p. 137, 2003.

NORONHA, I. L. **Análise dos mecanismos celulares e imunológicos envolvidos na rejeição ao aloenxerto em transplante de órgãos.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

NOGUEIRA, JWS. RODRIGUES, MCSR – Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Desafio para o a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2015 jul/set;20(3):636-640

NUGENT, E.; HSEINO, H.; RYAN, K.; TRAYNOR, O.; NEARY, P.; KEANE, F.B.V. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. *Ir J Med Sci*, n.182, 2013. p. 171-176. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22968898>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

O'CONNOR P, REDDIN C, O'SULLIVAN M, O'DUFFY F, Keogh I. Surgical checklists: the human fator. *Patient Saf Surg*, v. 7, n.14, 2013. Disponível em: <<http://www.pssjournal.com/content/7/1/14>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

OGUTMEN, B; YILDIRIM, A; SEVER, MS; BOZFAKIOGLU, S; ATAMAN, R; EREK, E. et al. Health – related quality of life after Kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant Proc*, v. 38, n. 2, p. 419-21, 2006.

ONISCU, G.; BROWN, H.; FORSYTHE, J. Impact of cadaveric renal transplantation on survival in patients listed for transplantation. *J Am Soc Nephrol*, v. 16, 2005. p. 1859-65.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Rev. **Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, abr/jun 2011. p. 347-54. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Geneva; 2009. 216p.

OSVALD, Á.; VATTER, H.; BYHAHN, C.; SEIFERT, V. G. E. “Team time-out” and surgical safety - experiences in 12.390 neurosurgical patients. 6 ed. *Neurosurg Focus*, v. 33, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/2012.8.FOCUS12261>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, Abr –Jun 2013. p. 302 -10.

PANCIERI AP; SANTOS BP;AVILA MAGB; ELIANA M. - Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013 mar; 34(1): 71-78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTIS, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, 4(2), 2010; p. 287-94.

PATTON, MQ. **Pesquisa Qualitativa e métodos de avaliação**. 3ªed. Thousand Oaks (CA): Sage, 2002.

PEPPER G. Pesquisas em segurança na Administração de Medicamentos. In: CASSIANI, SHB; UETA, J (org). **A segurança de pacientes na utilização da medicação**. São Paulo (SP): Artes Médicas, 2004. p. 93-109.

PEREIRA, M.G. **Epimediologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PINA E, Ferreira E, Marques A, Matos B. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Rev Port Saúde Pública**, v. 10, 2010. p. 27-39.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

QUEIROZ, D.T. VAL. J; SOUZA, A.M.A. CUNHA, N.F. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RIELLA MC. Patogenia e fisiopatologia das nefropatias: insuficiência renal crônica. In: Riella MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RIELLA, M. C. Insuficiência renal crônica: Fisiopatologia da uremia. In: RIELLA, MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1996. p. 456-76.

RIELLA, MC. **Manejo Clínico de Transplante Renal. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólitos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan 2003. p. 944-53.

RODRIGUES,A.J;SCORDAMAGLIO,P.R;PALOMINO,A.M;OLIVEIRA,E.Q.JACOMELLI ,M.;FIGUEIREDO,V.R .**Intubação de Via Aérea Difícil com Broncoscópico Flexível** - Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(4):359-362

ROWLANDS, A. Risk factors associated with incorrect surgical counts. **AORN Journal**,v.96, n.3, 2012. p. 272-284.

SALOMÃO FILHO, A. Transplante renal. In: PEREIRA, WA. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p.177-201

SAMPAIO, F. P.; PAGLIUCA, L. M. F. **O transplantado renal em acompanhamento ambulatorial: autocuidado higiênico-dietético e medicamentoso**. Fortaleza (CE): FCPC, 2000.

SANTOS, R. M. A.; BERESIN, R. A. qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico. **Einstein**, v. 7, n. 2, 2009. p. 152-9.

SARNAK, M. J.; LEVEY, A. S.; SCHOOLWERTH, A. C.; CORESH, J.; CULLETON, B.; HAMM, L. L. et al.; American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease. High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. **Circulation**, v. **108**, 2003. p. 2154-69.

SESSO, R.; GORDAN, P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. **J Bras Nefrol.**, 29(Supl 1), 2007. p. 9-12.

SEVDALIS N. **Design and specification of patient wristbands: evidence from existing literature, NPSA-facilitated workshop, and a NHS trust survey** [Internet]. [London]: National Patient Safety Agency; 2007 [cited 2015 Out 12]; Available from: [http://www.npsa.nhs.uk/2763\\_wristband\\_specificat~iew\\_sevdalis\\_pdf](http://www.npsa.nhs.uk/2763_wristband_specificat~iew_sevdalis_pdf).

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J.; HELMREICH, R. L. **Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties**. Technical report. University of Texas, Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2006.

SILVA, A. E. B. C.; REIS, A. M. M.; MIASSO, A. I.; SANTOS, J. O.; CASSIANI, S. H. B. Eventos adversos a medicamentos de um hospital sentinela do Estado de Goiás. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 19(2, 9), mar/abr 2011;

SILVA, L. F. N. **Reorientação do Gerenciamento de Risco Hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. Orientado por Wagner Mendes Junior. Rio de Janeiro, 2009. 76f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas, Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública SérgioArouca. Rio De Janeiro, 2009.

SILVA, DC; ALVIM, NAT. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63, n. 3, p. 427-34, Brasília, maio-jun. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. **Práticas recomendadas SOBEEC**. 5th ed. São Paulo: SOBEEC, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA /2011 .Disponível em: <[www.sbn.org.br/](http://www.sbn.org.br/)>. Acesso em: 04 out. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: <[http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2014-15-15.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2014-15-15.pdf)> . Acesso em: 08 fev. 15.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Disponível em:< <http://www.sbu-df.org.br/>>. Acesso dia 12/10/2015.



SOUZA, L. P.; BEZERRA, L. L. A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; CARNEIRO, F. S.; PARANAGUÁ, T. T. B.; LEMOS, L. F. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Revista Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 127-133, jan./mar. 2011.

STAWICKI SP, MOFFATT-BRUCE SD, AHMED HM, BALIJA TM, BERNESCU I, CHAN L, CHOWAYOU L, CIPOLLA J, COYLE SM, GRACIAS VH, GUNTER OL, MARCHIGIANI R, MARTIN ND, PATEL J, SEAMON MJ, VAGEDES E, ELLISON EC, STEINBERG SM, COOK CH. Retained surgical items: a problem yet to be solved. *J Am Coll Surg*, v. 216, n. 1, p. 15-22, 2013. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23041050](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23041050)

TEIXEIRA, F. R.; LOPES M. L. H.; SILVA GAS; Santos R F; Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.3, Porto Alegre Sept. 2013.

TEIXEIRA, PGR; KENJIINABA; SALIM, ALI; BROWN, C; RHEE, P.; BROWDER, T; BELZBERG, H; DEMETRIADES, H. Retained foreign bodies after emergent trauma surgery: incidence after 2526 laparoscopic explorations. *The American Surgeon*, v. 73, n.10, p. 1031-1034, 2007

TEO, B. W.; MA, V.; XU, H.; LI, J.; LEE, E. J. Profile of hospitalisation and death in the first year after diagnosis of end-stage renal disease in a multi-ethnic Asian population. **Ann Acad Med Singapore**, v. 39, 2010. p. 79-87.

THE JOINT COMMISSION. **Health care worker fatigue and patient safety**. The Joint Commission Sentinel Event Alert, Issue 48, 2011.

THOWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hermes, 1976.

TILLMAN, M.; WEHBE-JANEK, H.; HODGES, B. SMYTHE, W. R.; PAPACONSTANTINOU, H. T. Surgical care improvement project and surgical site infections: can integration in the surgical safety checklist improve quality performance and clinical outcomes? **J Surg Res**, 184(1), 2013. p. 150-156. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582762>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2011.

TUBINO, P.; ALVES, E. **História da Cirurgia**. Disponível em: <[http://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia\\_da\\_cirurgia.pdf](http://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf)>. Acesso em: 28/05/2015.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. **USRDS - Annual data report 2015** Epidemiology of Kidney Disease in the United States.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB. **Hospital Universitário de Brasília – HUB**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

VILAÇA, M. V. (Relator). **Programa doação, captação e transplante de órgãos e tecidos**. Relatório de avaliação de programa. Brasília: Tribunal de Contas da União, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2006.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2009.

XAVIER, B. L. S, SANTOS, I;ALMEIDA,R.F.;CLOS,A.C;SANTOS,M.T. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Ev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 314-20, mai/jun 2014.

WACHTER, R. M. A. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WEISER, T. G.; REGENBOGEN, S. E.; THOMPSON, K. D.; HAYNES, A. B.; LIPSITZ, S. R.; BERRY, W. R. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **The Lancet**, v. 372, n. 9633, 2008. p. 139-144.

World Health Organization. Joint Commission Resources. Joint Commission International. **Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification** [Internet]. 2007 (cited 2015 Oct12);1:8-11. Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. **Implementation manual**: who surgical safety checklist. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss\\_checklist/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html)>. Acesso em: 07 mai. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Checklists save lives. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 7, p. 497-576, jul. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World Alliance for Patient Safety**. Forward Programme 2008-2009. Geneva: WHO, 2008.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Receptor



**Universidade de Brasília – UnB**

**Faculdade de Ciências da Saúde – FS**

**Departamento de Enfermagem – ENF**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf – Curso de Mestrado**

**Laboratório de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Segurança do Paciente – LEPSP**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RECEPTOR

O (a) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde: aplicabilidade em transplante renal de doador falecido*. Trata-se de um estudo que se destinará à elaboração de trabalho de pesquisa a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (PPGEnf/UnB).

O objetivo desta pesquisa é avaliar a aplicabilidade da lista de verificação para cirurgia segura em transplante renal de doador falecido.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista de perguntas abertas e fechadas, que ocorrerá antes da cirurgia, na Unidade de Transplante do hospital, realizada pelo coordenador da lista de verificação de segurança cirúrgica, sendo assegurado o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que possam identificá-lo(a). Nesse momento será esclarecido sobre o conteúdo, objetivos, sigilo de sua identidade, liberdade de desistir da participação em qualquer momento, risco e benefício do estudo. Após sua concordância, será solicitada sua assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sua participação poderá causar risco de ordem psicológica, decorrente de possível desconforto causado pelo tempo dispensado em responder perguntas que envolvam a si, mas será minimizado com o esclarecimento de informações detalhadas acerca do objetivo da pesquisa e do procedimento de coleta de dados que ocorrerá antes da operação cirúrgica, na Unidade de Transplante. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.

Se você aceitar participar deste estudo, estará contribuindo para redefinir estratégias gerenciais, de modo a melhorar a gestão do processo de cuidar no Centro Cirúrgico (CC)/sala de operação do hospital. Os resultados da pesquisa serão divulgados no âmbito da instituição participante, Hospital Universitário de Brasília (HUB), para gestores e equipes de saúde envolvidas, podendo ser divulgados em reuniões e publicados em periódicos científicos. Os dados coletados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável.

Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo para o (a) senhor (a), o pesquisador e a Instituição onde será realizada a pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o senhor (a) tiver, relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para a realização da pesquisa), serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Cláudia Rodrigues Mafra. Telefones: (61) 8109-4477 ou (61) 3382-2246, nos horários das 18 às 22h. Se preferir, entre em contato por meio do *e-mail*: claudiar.mafra@gmail.com ou ainda entre em contato com a Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues, *e-mail*: mcsoares@unb.br, telefone (61) 8237-8710.

Esse projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB). O CEP/FS/UnB é uma instância colegiada, constituída pela instituição em respeito às normas da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP/FS/UnB é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função consiste em defender os interesses os participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3107-1947 ou do *e-mail*: cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento das 10:00h às 12:00h e das 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS/UnB se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, *Campus* Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Assinatura do participante da pesquisa ou representante legal

---

Pesquisadora responsável Cláudia Rodrigues Mafra

Matrícula UnB 13/0165239

---

Profa. Maria Cristina Soares Rodrigues – Pesquisadora/Orientadora

Matrícula UnB 147559

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissional de Saúde****Universidade de Brasília – UnB****Faculdade de Ciências da Saúde – FS****Departamento de Enfermagem – ENF****Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf – Curso de Mestrado****Laboratório de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Segurança do Paciente – LEPSP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
– PROFISSIONAL DE SAÚDE**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde: aplicabilidade em transplante renal de doador falecido*. Trata-se de um estudo que se destinará à elaboração de trabalho de pesquisa a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (PPGEnf/UnB), cujo objetivo é avaliar a aplicabilidade da lista de verificação para cirurgia segura em transplante renal de doador falecido.

Solicitamos a sua colaboração em participar deste estudo, para que sejam observadas ações referentes à Lista de Verificação do Programa Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde (OMS), adaptada para esta pesquisa.

A sua participação consistirá em dois momentos, sendo assegurado o mais rigoroso sigilo pela omissão de quaisquer informações que possam identificá-lo(a):

- 1) Preenchimento de um questionário sobre características demográficas e profissionais, após a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e de acordo com o seu julgamento pessoal. O instrumento será recolhido pelo coordenador da lista de verificação segurança cirúrgico, no final da reunião semanal da equipe de transplante, da reunião pré-agendada com a equipe de enfermagem e da equipe de anestesistas antes do início da operação no Centro Cirúrgico (CC).
- 2) Responder alguns questionamentos que constem na lista de verificação da cirurgia segura adaptada, para o coordenador da lista de verificação de segurança cirúrgica, no próprio CC do hospital, antes da indução anestésica, antes de iniciar a cirurgia e antes de o paciente sair da sala cirúrgica.

Sua participação no estudo poderá causar risco de natureza psíquica, decorrente de possível desconforto ao responder perguntas que envolvam informações de si e do paciente cirúrgico, mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa referente ao objetivo da pesquisa e procedimentos de coleta de dados. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.

Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo para o (a) senhor (a), o pesquisador e a Instituição onde será realizada a pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que senhor (a) que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para a realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Essa pesquisa poderá trazer benefícios vinculados à pesquisa, contribuindo para se redefinir estratégias gerenciais, de modo a melhorar a gestão do processo de cuidar no CC/sala de operação do hospital. Os resultados da pesquisa serão divulgados no âmbito da instituição participante, Hospital Universitário de Brasília (HUB), para gestores e equipes de saúde envolvidas, podendo ser divulgados em reuniões e publicados em periódicos científicos. Os dados coletados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos e após serão destruídos.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Cláudia Rodrigues Mafra. Telefones: (61) 8109-4477 ou (61) 3382-2246, nos horários das 18 às 22h. Se preferir, entre em contato por meio do *e-mail*: claudiar.mafra@gmail.com ou ainda entre em contato com a Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues, *e-mail*: mcsoares@unb.br, telefone (61) 8237-8710.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB). O CEP/FS/UnB é uma instância colegiada, constituída pela instituição em respeito às normas da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP/FS/UnB é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses os participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3107-1947 ou do *e-mail*: cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento das 10:00h às 12:00h e das 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS/UnB se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, *Campus* Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Assinatura do participante da pesquisa ou representante legal

---

Pesquisadora responsável Cláudia Rodrigues Mafra

Matrícula UnB 13/0165239

---

Profa. Maria Cristina Soares Rodrigues – Pesquisadora/Orientadora

Matrícula UnB 147559

## APÊNDICE C – Oficina de Treinamento



**Universidade de Brasília – UnB**

**Faculdade de Ciências da Saúde – FS**

**Departamento de Enfermagem – ENF**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf – Curso de Mestrado**

**Laboratório de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Segurança do Paciente – LEPSP**

### OFICINA

**Projeto de Pesquisa:** Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde: aplicabilidade em transplante renal de doador falecido.

**Pesquisadora responsável:** Mestranda Cláudia Mafra Rodrigues

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

#### Descrição

A oficina tem como foco a construção de conhecimento para aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS em procedimento de transplante renal de doador falecido, segundo propósitos do projeto de pesquisa. Visa preparar auxiliares de pesquisa, ou seja, profissionais enfermeiros (as), para potencializar a melhor qualidade na etapa de levantamento de dados do estudo a ser desenvolvido.

#### Objetivo

Treinar enfermeiros (as) do Centro Cirúrgico Central do hospital escola na checagem de itens de conformidade e não conformidade, da lista de verificação para cirurgia segura em transplante renal de doador falecido.

#### Programa

A oficina esclarecerá os principais aspectos que compõem a estrutura básica do projeto. Essencialmente, serão apresentados os seguintes instrumentos de pesquisa:

- a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais e pacientes que aceitarem o convite para participar do estudo.



- b) Instrumentos para coleta de dados, cada item será comentado e explicado buscando a relação com a prática e a operacionalização para levantamento de dados da pesquisa fidedignos.
- c) Serão selecionados 3 enfermeiros como auxiliares de pesquisa do centro cirúrgico que prestam serviço no hospital Universitário.
- d) A avaliação e o acompanhamento após a oficina será realizado em reuniões periódicas para averiguar se os procedimentos foram seguidos e os requisitos especificados alcançados.

## Cronograma

Público-alvo: enfermeiros(as) atuantes no Cento Cirúrgico do hospital escola
Mês – outubro – Dias 4 a 6 – Local: Sala de reunião do centro cirúrgico do hospital
Apresentação dos participantes da oficina
Apresentação do Projeto: objetivos e metodologia
Apresentação do TCLE e instrumentos de coleta de dados
Discussão
Avaliação da Oficina

## Princípios

### Apresentação de conceitos – chave

A pesquisa envolverá a equipe de trabalho do centro cirúrgico (médicos urologistas, anesthesiologistas, médicos residentes em medicina (urologia e anestesia)), enfermeiros, técnicos de enfermagem, além do paciente adulto que será submetido ao transplante renal.

Para participar do estudo, serão adotados como critérios de inclusão profissionais que farão parte do procedimento operatório transplante renal, na sala de operação, pacientes adultos receptores do órgão a ser transplantados, maiores de 18 anos, com idade limite de 99 anos após a assinatura do TCLE.

Os critérios de exclusão são os demais procedimentos operatórios, transplantes eletivos, profissionais que estiverem em período de férias ou em afastamento durante a coleta de dados, paciente menor de 18 anos que não participará do procedimento de transplante renal, paciente que apresentar contraindicação absoluta e a não aceitação em participar do estudo.

- Parte I – características demográficas e profissionais dos participantes da pesquisa: sexo, idade, categoria profissional, nível de formação em pós-graduação na área, tempo de formação e atuação na área. Para a coleta de dados será utilizado um formulário elaborado pela pesquisadora e entregue aos participantes, previamente, com perguntas fechadas.
- (Parte II – a) lista de verificação do recebimento do órgão. A lista de recebimento foi elaborada conforme a RDC 66/2009, que estabelece padronização do processo de transporte, definindo regras sobre qualidade, segurança e integridade dos órgãos. b) Implantação da lista de verificação da cirurgia segura. – A lista de verificação da

cirurgia segura a ser implantada passou por adaptações a fim de abranger tópicos relevantes ao procedimento de transplante renal conforme orientação da Aliança Mundial da Saúde (WHO, 2008).

Todos os participantes do estudo, após a explicação sobre o conteúdo e objetivo da pesquisa, serão convidados para participar do estudo; dando o aceite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes, em conformidade com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### **Público-alvo**

Enfermeiros que atuam no centro cirúrgico do hospital escola, interessados em participar do estudo como auxiliar de pesquisa.

### **Carga horária**

2 horas.

### **Material necessário**

Computador, vídeos, sala disponível, folhas brancas para anotação, material a ser distribuído para conhecimento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, características demográficas e profissionais, lista de verificação, *checklist* de recebimento do órgão).

### **Resumo**

	<b>Tempo</b>	<b>Recursos</b>
<b>Introdução/boas vindas</b>	10 minutos	-
<b>Objetivo</b>	15 minutos	Áudiovisual
<b>Programa proposto</b>	30	Áudiovisual/ Formulários
<b>Principais pontos</b>	35	Áudiovisual/ Formulários
<b>Expectativas iniciais /dúvidas</b>	15	-
<b>Encerramento</b>	15	

**APÊNDICE D – Instrumento – Características Demográficas e Profissionais****Universidade de Brasília**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília DF CEP: 70910-900

Fone: (61)3107-1976/3107-1760. E-mail: ppgenf@unb.br

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS****Idade** em anos completos \_\_\_\_\_**Sexo:** 0 ( ) Masculino 1 ( ) Feminino**Categoria profissional:**

0 ( ) Médico urologista 1 ( ) Médico Anestesiologista 2 ( ) Enfermeiro

3 ( ) Técnico de Enfermagem 4 ( ) Médico Residente/ano

4.1 ( ) Especialidade \_\_\_\_\_

4.2 Possui especialização? Caso afirmativo, indique qual a área.

 Sim (0) Não (1)

4.3 Indique:

 Especialista Mestrado Doutorado

Vínculo com outra instituição?

 Sim (0) Não (1)

Ano de início de atuação em procedimento cirúrgico em Transplante Renal. \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – Lista de Verificação



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília DF CEP: 70910-900

Coordenador da Lista \_\_\_\_\_

Identificação do paciente receptor:

Data da internação:

Hora:

Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT):

Prontuário:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo: M ( ) F ( )

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado(a) Desquitado(a) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) União estável ( ) Outro

Escolaridade: ( ) Não alfabetizado ( ) Semialfabetizado ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino médio completo  
( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino superior ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior com Pós Graduação ( ) Técnico em saúde

Profissão/Ocupação:

Itens de verificação – Checagem do início do transplante	Conforme	Não conforme	Não se aplica	Observações
Checklist recebimento do órgão				
Validação do órgão recebido				
Resultados de tipagem sanguínea				
Prova-cruzada de linfócitos ( <i>cross-match</i> )				
Exames laboratoriais:				
Exames de imagem: Sim ( ) Não ( )				
Tipo sanguíneo do doador _____				
Tipo sanguíneo do receptor _____				

Tempo de Isquemia fria _____				
Equipe Cirúrgica:				
Nome do 1º cirurgião _____				
Nome do 2º cirurgião _____				
Nome do Anestesista _____				
Residente/especialidade _____				
Nome do(a) enfermeiro (a) _____				
Nome do(a) Instrumentador o(a) _____				
Nome do(a) circulante _____				
<b>Antes da indução anestésica</b>	<b>Conforme</b>	<b>Não conforme</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>Observações</b>
Confirmação sobre o paciente.				
Identificação do paciente				
Local do procedimento a ser realizado				
Lateralidade está demarcada?				
O Termo de Consentimento para a cirurgia está preenchido e assinado?				
Paciente confirmou o procedimento?				
Checagem do equipamento anestésico				
Oximetria de pulso instalado e funcionando				
Alergia conhecida?				
( ) Sim _____				
( ) Não _____				
Há risco de via aérea difícil/risco de aspiração?				
Há equipamento disponível?				

Há risco de perda sanguínea > 500ml Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição Não				
<b>Antes de iniciar a cirurgia – pausa cirúrgica</b>	<b>Conforme</b>	<b>Não conforme</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>Observações</b>
Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões/Funções				
O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam. Identificação do paciente				
Procedimento a ser realizado				
Local do procedimento a ser feito				
<b>Antecipação de eventos críticos:</b> <b>Revisão do cirurgião:</b> <b>Passos críticos da perfusão na mesa</b> – Preparação do órgão a ser transplantado ( perfusão do enxerto)				
– O órgão estava bem acondicionado				
<b>Revisão do anestesista:</b> Há alguma preocupação em relação ao paciente?				
A Profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?				
<b>Revisão da enfermagem:</b> Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?				
Previsão e provisão de gelo estéril				
Solução Euro Collins para perfusão na mesa				
<b>Antes do paciente sair da sala cirúrgica</b>	<b>Conforme</b>	<b>Não conforme</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>Observações</b>
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:				

Nome do procedimento				
A contagem de compressas, instrumentos e agulhas				
Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido				
O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória deste paciente.				

## APÊNDICE F – Checklist de Recebimento do Órgão



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília DF CEP: 70910-900

Fone: (61)3107-1976/3107-1760. E-mail: ppgenf@unb.br

TRANSPLANTE RENAL														
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO														
Data:	Horário de recebimento:	Assinatura:												
Causa Morte	Hospital de Localização do Doador:	Prontuário:												
<p><b>CHECK LIST / RECEBIMENTO DO ORGÃO</b></p> <p><b>Checar nome completo, tipo sanguíneo do doador.</b></p>														
<p>1. Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de transplante – geral</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Não</p>														
<p>2. Protocolo de acompanhamento de Potencial doador</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sim</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Não</p>														
<p>3. Termo de declaração de morte encefálica</p>														
<p>4. Identificação do órgão na mala térmica e no acondicionamento. Item obrigatório conforme Portaria GM nº 2006/ 2009</p>														
<p>5. Exames</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Avaliar</th> <th>Exames</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tipagem sanguínea</td> <td>Grupo ABO</td> </tr> <tr> <td>Sorologias</td> <td>Anti-HIV, HTLV 1 e 2, HBSAG, Anti-HBC, Anti-HBS, Anti-HCV, CMV* Chagas, Toxomplasmosose</td> </tr> <tr> <td>Hematologia</td> <td>Hemograma, plaquetas</td> </tr> <tr> <td>Eletrólitos</td> <td>Na, K</td> </tr> <tr> <td>Doador de rim</td> <td>TGO, TGP, GAMA GT, Bilirrubinas</td> </tr> </tbody> </table>			Avaliar	Exames	Tipagem sanguínea	Grupo ABO	Sorologias	Anti-HIV, HTLV 1 e 2, HBSAG, Anti-HBC, Anti-HBS, Anti-HCV, CMV* Chagas, Toxomplasmosose	Hematologia	Hemograma, plaquetas	Eletrólitos	Na, K	Doador de rim	TGO, TGP, GAMA GT, Bilirrubinas
Avaliar	Exames													
Tipagem sanguínea	Grupo ABO													
Sorologias	Anti-HIV, HTLV 1 e 2, HBSAG, Anti-HBC, Anti-HBS, Anti-HCV, CMV* Chagas, Toxomplasmosose													
Hematologia	Hemograma, plaquetas													
Eletrólitos	Na, K													
Doador de rim	TGO, TGP, GAMA GT, Bilirrubinas													
<p>6. Especificação de quantidade, lado e espécie do órgão recebido.</p>														
<p>7. Amostra de tipagem sanguínea do doador: ( ) sim ( ) não</p>														
<p>8. Enxertos vasculares _____</p>														
<p>9. Horário de clampeamento do enxerto: Tempo de isquemia _____</p>														
<p>_____</p> <p>Assinatura responsável pelo recebimento/Conselho (CRM-DF/COREN- DF)</p>														
<p><input type="checkbox"/> Conforme</p> <p><input type="checkbox"/> Não conforme</p>														



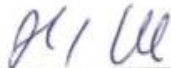
**ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de Ciência

**Termo de Ciência da Instituição co- Participante**

O Hospital Universitário de Brasília está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa intitulado “Lista de verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde: Aplicabilidade em transplante renal de doador falecido” do pesquisador Cláudia Rodrigues Mafrá , e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

  
Prof. Dr. Heraldo Sampaio Carvalho  
MD, MSc, PhD  
Superintendente-HUB/UnB/EBSERH  
Matrícula: 1230677

  
Prof. Dr. Marcelo O. Rodrigues  
Membro do Setor de Pesquisa:  
Inovação Tecnológica  
FUB: 1053299

## ANEXO B – Documento de Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Lista de verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde: aplicabilidade em transplante renal de doador falecido

**Pesquisador:** Claudia Rodrigues Mafra

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 38400514.2.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.215.942

#### Apresentação do Projeto:

##### Resumo:

A cultura de segurança tem recebido crescente vigilância, pois representa um desafio no campo das organizações de saúde e tem sido considerada uma prioridade dos sistemas de saúde de todo o mundo. As complicações em procedimentos operatórios tornaram-se importantes causas de morte e invalidez, trazendo implicações significativas à saúde pública. Apesar da publicação da lista de verificação de segurança cirúrgica pela Organização Mundial de Saúde ainda há necessidade de mudanças que precisam ser implementadas para que o paciente receba uma assistência de qualidade, segura e livre de qualquer tipo de dano."

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Avaliar a aplicabilidade da lista de verificação para cirurgia segura em transplante renal de doador falecido.

##### Objetivo Secundário:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Descrever características demográficas e profissionais da equipe operatória que participa do procedimento anestésico-cirúrgico. Identificar fatores itens de verificação em conformidade da lista de verificação de segurança cirúrgica aplicado em procedimento de transplante renal de doador falecido.”

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### Riscos:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAL DE SAÚDE- poderá causar risco mínimo, de natureza psíquica, decorrente de possível desconforto ao responder perguntas que envolvam informações de si e do paciente cirúrgico, mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa referente ao objetivo da pesquisa e procedimentos de coleta de dados. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RECEPTOR do Órgão-poderá causar risco mínimo, de ordem psicológica, decorrente de possível desconforto causado pelo tempo dispensado em responder perguntas que envolvam a si, mas será minimizado com o esclarecimento de informações detalhadas acerca do objetivo da pesquisa e do procedimento de coleta de dados que ocorrerá durante o transplante. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.

##### Benefícios:

Essa pesquisa poderá trazer benefícios vinculados à pesquisa, contribuindo para se redefinir estratégias gerenciais, de modo a melhorar a gestão do processo de cuidar no Centro Cirúrgico(sala de operação do hospital).

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no Laboratório de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Segurança do Paciente – LEPSP

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para emissão desse parecer foram utilizados os seguintes documentos:

Carta\_2015.doc

Endereço:	Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro:	Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone:	(61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



TCLE-6 profissional de saúde

TCLE-5\_receptor.doc

Projeto Detalhado / Brochura Investigador

Projeto\_de\_Pesquisa\_Plataforma.doc

Cronograma.docx

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_404526.pdf

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As últimas pendências deste projeto se referem ao TCLE dos pacientes e dos profissionais de saúde - análise das pendências apontadas no parecer No. 1.098.416.

Foi incorporada a avaliação de risco para o paciente, PENDENCIA ATENDIDA.

Esclarecido que eventuais despesas serão de responsabilidade da pesquisadora, PENDÊNCIA ATENDIDA

O TCLE foi reelaborado, seguindo o modelo do CEP. PENDENCIA ATENDIDA

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Res. CNS 466/2012 e complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X, 1.- 3.b. e XI.2.d., os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Assinado por:

Marie Togashi  
(Coordenador)

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com