

## **Implantação e impactos do protocolo de cirurgia segura adaptado para exame seguro em clínica privada de gastroenterologia**

**Implementation and impacts of a safe surgery protocol adapted for safe examination in a private gastroenterology clinic**

**Implementación e impactos de un protocolo de cirugía segura adaptado para un examen seguro en una clínica privada de gastroenterología**

Recebido: 13/06/2022 | Revisado: 20/06/2022 | Aceito: 29/06/2022 | Publicado: 08/07/2022

### **Sonia Bressiani Solek**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-0577>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [sonia.solek@gastro.com.br](mailto:sonia.solek@gastro.com.br)

### **Andresa Mohr Lau Piva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5901-8710>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [andresalau@gastrocascavel.com.br](mailto:andresalau@gastrocascavel.com.br)

### **Tamires Fernandes Baroni**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2995-2297>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [tamiresbaroni@gastrocascavel.com.br](mailto:tamiresbaroni@gastrocascavel.com.br)

### **Talyta Bonatto Anselmo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3851-1530>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [talytaanselmo@gastrocascavel.com.br](mailto:talytaanselmo@gastrocascavel.com.br)

### **Greice Sabrina dos Santos Soares**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7763-9185>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [greice.sabrina85@gmail.com](mailto:greice.sabrina85@gmail.com)

### **Bruna Carolina Bragagnollo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8152-0723>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [brunacb@hotmail.com](mailto:brunacb@hotmail.com)

### **Bruna Carolina Mateus Pereira Glória**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4541-8729>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [brunamateus@gastrocascavel.com.br](mailto:brunamateus@gastrocascavel.com.br)

### **Ana Cleia de Liz Alves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3541-576X>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [anaalves@gastrocascavel.com.br](mailto:anaalves@gastrocascavel.com.br)

### **Cirlei Padilha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0211-7926>

Gastroclínica, Brasil

E-mail: [cirleipadilha@gastrocascavel.com.br](mailto:cirleipadilha@gastrocascavel.com.br)

### **Fabieli Borges**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0835-5311>

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

E-mail: [fabieliborges6@gmail.com.br](mailto:fabieliborges6@gmail.com.br)

## **Resumo**

**Introdução:** A segurança na oferta de cuidado é uma premissa alinhada ao Programa Segurança do Paciente. Dentre as metas instituídas, a cirurgia segura é constante tema de estudo no cenário hospitalar. No entanto, da mesma forma, ambulatorios/clínicas quer seja da iniciativa pública ou privada também precisam adaptar os componentes de cirurgia segura para o perfil da sua instituição. Este estudo objetiva descrever a experiência da implantação do protocolo de cirurgia segura adaptado para a realização de exames em uma clínica privada de gastroenterologia no Oeste do Paraná. **Método:** estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência elaborado na perspectiva da equipe de uma clínica ambulatorial privada especializada em gastroenterologia e diagnóstico das doenças do Sistema Digestório, localizada na cidade de Cascavel, região oeste do Paraná. O protocolo para exames seguros adaptado, foi implantado no ano de 2017 na clínica. **Resultados:** Foram implementadas três barreiras de segurança que então levaram ao protocolo instituído

(protocolo de agendamento, protocolo de anestesia, e, por fim, o protocolo Checklist para exame seguro). Soma-se alguns indicadores apresentados que mostram um panorama desta implantação como, por exemplo, os cancelamentos de exames. A adesão ao protocolo, sobretudo para o protocolo anestésico, foi uma fragilidade inicialmente identificada. Considerações Finais: benefícios foram percebidos, pois possíveis eventos adversos puderam ser barrados por meio da aplicação do protocolo adaptado para o exame seguro. Assim, quaisquer protocolos a serem instituídos demanda constantes reavaliações e estratégias de melhoria contínua. Daí o preponderante papel do enfermeiro no que tange a segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Lista de checagem; Segurança do paciente; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; Gastroenterologia; Enfermagem.

### Abstract

**Introduction:** Safety in the provision of care is a premise aligned with the Patient Safety Program. Among the established goals, safe surgery is a constant topic of study in the hospital setting. However, in the same way, outpatient clinics, whether public or private, also need to adapt the safe surgery components to the profile of their institution. This study aims to describe the experience of implementing a safe surgery protocol adapted for performing tests in a private gastroenterology clinic in western Paraná. **Method:** a descriptive, qualitative study of the experience report type elaborated from the perspective of the team of a private outpatient clinic specialized in gastroenterology and diagnosis of diseases of the Digestive System, located in the city of Cascavel, western region of Paraná. The adapted protocol for safe exams was implemented in 2017 at the clinic. **Results:** Three safety barriers were implemented, which then led to the established protocol (scheduling protocol, anesthesia protocol, and, finally, the Checklist protocol for safe examination). In addition to some indicators presented that show an overview of this implementation, for example, cancellations of exams. Adherence to the protocol, especially for the anesthetic protocol, was a weakness initially identified. **Final Considerations:** benefits were perceived, as possible adverse events could be barred through the application of the adapted protocol for the safe examination. Thus, any protocols to be instituted demand constant reassessments and continuous improvement strategies. Hence the preponderant role of the nurse with regard to patient safety.

**Keywords:** Checklist; Patient safety; Ambulatory surgical procedures; Gastroenterology; Nursing.

### Resumen

**Introducción:** La seguridad en la prestación de cuidados es una premisa alineada con el Programa de Seguridad del Paciente. Dentro de las metas establecidas, la cirugía segura es un tema constante de estudio en el ámbito hospitalario. Sin embargo, de la misma manera, las consultas externas, ya sean públicas o privadas, también necesitan adaptar los componentes de cirugía segura al perfil de su institución. Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia de implementación de un protocolo quirúrgico seguro y adaptado para la realización de exámenes en una clínica privada de gastroenterología en el oeste de Paraná. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, del tipo relato de experiencia, elaborado desde la perspectiva del equipo de un ambulatorio privado especializado en gastroenterología y diagnóstico de enfermedades del Aparato Digestivo, ubicado en la ciudad de Cascavel, región oeste de Paraná. El protocolo adaptado para exámenes seguros se implementó en 2017 en la clínica. **Resultados:** Se implementaron tres barreras de seguridad, que luego dieron lugar al protocolo establecido (protocolo de programación, protocolo de anestesia y, finalmente, el protocolo Checklist para examen seguro). Se agregaron a algunos indicadores presentados que muestran una visión general de esta implementación, como las cancelaciones de exámenes. La adherencia al protocolo, especialmente al protocolo anestésico, fue una debilidad inicialmente identificada. **Consideraciones finales:** se percibieron beneficios, ya que se pudieron evitar posibles eventos adversos mediante la aplicación del protocolo adaptado para el examen seguro. Por lo tanto, cualquier protocolo que se instituya exige reevaluaciones constantes y estrategias de mejora continua. De ahí el papel preponderante de la enfermera en lo que se refiere a la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Lista de verificación; Seguridad del paciente; Procedimientos Quirúrgicos ambulatorios; Gastroenterología; Enfermería.

## 1. Introdução

A Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O Programa visa prevenir, monitorar e reduzir a ocorrências de falhas durante a assistência, promovendo a melhoria contínua dos processos que envolvam pacientes, familiares e todo o sistema de saúde, e estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), deva ser elaborado e implantado (Brasil, 2013).

O Programa Segurança do Paciente estabelece metas em diversos aspectos de abordagem pela equipe de saúde, entre as quais a meta intitulada “assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto” é a que recebe enfoque neste estudo. São muitos os aspectos que entornam essa meta, com estudos em franco crescimento na área hospitalar.

O Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, proposto com detalhes em 2008 pela OMS, contempla dez objetivos essenciais para a realização de uma cirurgia que englobam a conferência de que o paciente e o local correto estão sendo operados, que a equipe está preparada para impedir danos que possam vir a ocorrer com relação a administração de anestésicos, manejo de via aérea, perda sanguínea, infecção, retenção de compressas e/ou instrumentais e encaminhamento de espécimes cirúrgicos e que a comunicação efetiva deverá ser implementada (WHO, 2009; Porcari et al, 2020).

Nesse sentido, o Manual de Cirurgia Segura explicita a importância de sua implementação em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos, dentro e fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde. O manual sugere uma lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) e orienta que todas as instruções contidas neste protocolo deverão ser adequadas à realidade de cada instituição, respeitando-se os princípios de cirurgia segura (Brasil, 2013).

A LVSC é caracterizada como um check-list e apresenta os seguintes momentos: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão cirúrgica (*time out*) e antes da saída do paciente da sala de cirurgia (*sign out*) (Brasil, 2013). O uso de check-list vem sendo amplamente utilizado em centros cirúrgicos no contexto hospitalar e recomendados pelo Ministério da Saúde como medida de segurança para eventos adversos. O desenvolvimento de uma ferramenta que forneça informações como um check-list, auxilia na identificação precoce de algum evento adverso e no plano de assistência de enfermagem (Alpendre, 2017).

A busca pela cirurgia segura e, sobretudo, para introduzir a cultura de segurança do paciente no transoperatório, têm sido um grande desafio na atividade gerencial do enfermeiro (Matzenbacher et al., 2021) e de todo gestor de serviços de saúde. Neste interim, foi observada a necessidade de aprimorar a segurança no atendimento do paciente durante exames bem como contribuir com o NSP em um ambulatório de atendimento gastroenterológico no interior do Paraná.

Para tanto, foi necessário criar um instrumento de trabalho, para assegurar a não ocorrência de eventos adversos no processo de execução dos exames. Elaborado e implantado no referido serviço, o check-list tem a pretensão de ser apresentado no que tange aos componentes do *checklist* cirurgia segura adaptados para exame seguro aplicados em pacientes que realizam exames de endoscopia e colonoscopia no presente serviço.

Embora o estudo realizado por Porcari e demais autores (2020) tenha apresentado um modelo adaptado para procedimentos ambulatoriais, acredita-se que a relevância em apresentar este modelo, possa contribuir com realidades ambulatoriais específicas para atendimento a pacientes com perfil de assistência em gastroenterologia. Destarte, este estudo ancora-se ainda na lacuna percebida na literatura para produções evidenciando a interface da segurança do paciente em contextos fora da perspectiva hospitalar. Corroborando neste sentido, Santos et al (2008), quando destacam que as Listas de Verificação existentes não atendem as especificidades dos procedimentos cirúrgicos a nível de ambulatório, os quais são realizados sob qualquer tipo de anestesia que não exigem internação hospitalar ou mesmo que possibilitem o retorno do paciente ao domicílio no período máximo de 24 horas.

Assim, a descrição desta experiência tem como questão norteadora: Como foi organizado e quais foram os principais resultados da experiência de implantação do protocolo de cirurgia segura adaptado para a realização de exame de endoscopia e colonoscopia em uma clínica de gastroenterologia? Para responder a questão ora apresentada, tem-se como objetivo: descrever a experiência da implantação do protocolo de cirurgia segura adaptado para a realização de exames em uma clínica privada de gastroenterologia no Oeste do Paraná.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência. Este tipo de estudo busca descrever determinado fato, na maior parte das vezes, não provém de pesquisas originais, pois é apresentada a experiência individual ou

de um determinado grupo/profissionais sobre uma determinada situação (Tessmer & Porto, 2021). Estudos desta natureza contribuem para o compartilhamento de saberes podem impulsionar para mudanças na realidade prática do trabalho.

O cenário deste estudo caracteriza-se por uma clínica privada especializada em gastroenterologia e diagnóstico das doenças do Sistema Digestório. Localiza-se na cidade de Cascavel, região oeste do Paraná, inaugurada no ano de 1989, e classifica-se como unidade tipo III. Neste serviço é realizado uma média de 15.500 exames/ano e 59 exames/dia.

O perfil dos pacientes é na sua grande maioria adultos com idade entre 18 e 80 anos, e em menor quantidade crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos. Quanto ao perfil clínico, os pacientes enquadram-se em maioria, na classificação de *American Society of Anesthesiologists* - ASA I e ASA II. Com um corpo clínico e multiprofissional diverso, configura-se um Centro de referência para a região com atendimento de pacientes a nível de Brasil e outros Países.

Esta experiência foi vivenciada e descrita por uma equipe de trabalho, majoritariamente, constituída por enfermeiras que adaptaram o protocolo de cirurgia segura para a realização de exame de endoscopia e colonoscopia e o aplicam diariamente na clínica. A descrição está organizada cronologicamente, considerando o processo de trabalho anterior à implantação para fins comparativos (2016) e, desta forma, descrever os principais resultados obtidos com a implantação no período de 2017, até recentemente, março de 2022. Para auxiliar a descrição, além da percepção das enfermeiras, dados de relatórios do serviço datado inicialmente do ano de 2016 até os dias atuais foram utilizados.

Por tratar-se de um estudo do tipo relato de experiência, essa pesquisa tem a dispensa de tramitação no Comitê de Ética em Pesquisa.

### **3. Resultado e Discussão**

Os resultados ora apresentados estão dispostos em três subtópicos, a saber: “Descrevendo a experiência – O início da implantação”, “Adaptação e aplicação do protocolo exame seguro” e, “Impactos no monitoramento de indicadores como resultado da implantação do Protocolo de exame seguro”, de modo a fornecer um fio condutor para a descrição da experiência.

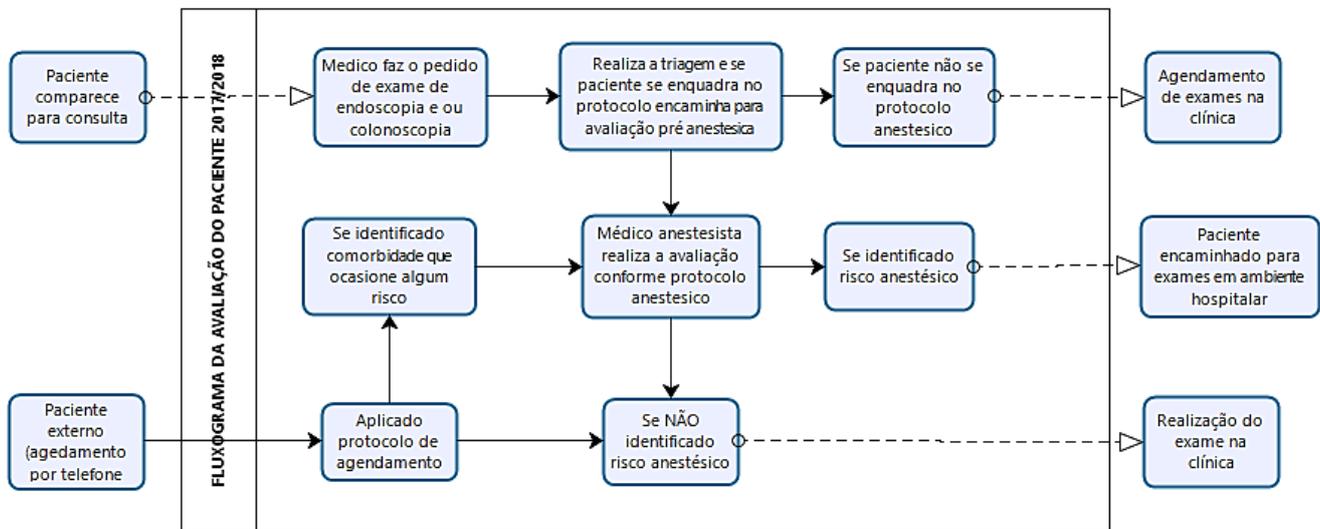
#### **Descrevendo a experiência – O início da implantação**

A implantação do protocolo de exame seguro na clínica foi uma demanda decorrente de outras mudanças instituídas internamente. Com base no manual de cirurgia segura, foram implementadas duas primeiras barreiras de segurança, a primeira denominada o *protocolo de anestesia* e a segunda, o *protocolo de agendamento*.

O Protocolo de Anestesia consiste na consulta pré-anestésica e avaliação pré-anestésica. Anterior ao ano de 2017, antes da implantação do protocolo de exame seguro, a consulta pré-anestésica era realizada somente nos casos de identificação de comorbidades importantes durante a consulta médica, porém, pacientes provenientes de outros serviços realizavam o agendamento do exame assim como o preparo sem passar por consulta pré-anestésica, e, desta forma, informações importantes poderiam passar despercebidas e imbricadas ao cuidado seguro do paciente.

Embasado no sistema ASA de classificação, foi elaborado em setembro de 2017, resultado do trabalho conjunto da equipe de Anestesiologia e NSP, um protocolo pré-anestésico, em que se contemplavam critérios para encaminhamento para a consulta pré-anestésica (Figura 1): englobaria portanto, todos os pacientes com idade inferior a 10 e superior a 60 anos, pacientes ASA III e IV (pacientes portadores de doenças sistêmicas graves descontroladas, mesmo com o uso de medicamentos); pacientes com histórias de alergias quaisquer ou complicações com técnicas anestésicas previamente empregadas ou qualquer paciente que tivesse dúvidas quanto ao procedimento anestésico e sua segurança.

**Figura 1** – Fluxograma do Protocolo de anestesia.



Powered by  
**bizagi**  
Modeler

Fonte: Dados do serviço (2022)

A referência para avaliação pré-operatória/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento de curta permanência exige no mínimo os seguintes critérios: ASA I: história clínica, exame físico e exames complementares, e ASA II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira. Após elaboração e aprovação do protocolo anestésico pelo NSP, foram realizados treinamentos para toda a equipe envolvida no processo.

Posterior à esta etapa, teve-se a segunda barreira demandada - o Protocolo de Agendamento. Anterior ao ano de 2017, o agendamento de exames ocorria de acordo com a solicitação médica. Realizava-se a conferência do pedido e o agendamento era realizado, presencialmente ou via telefone pela equipe. Não havia ainda, a existência de uma triagem relativa a comorbidades, somente o agendamento que contemplava o cadastro dos dados pessoais, verificação do convênio e orientações de jejum e preparo. Somente os pedidos médicos com solicitações de procedimentos especiais eram repassados para as enfermeiras do setor de exames e só então realizava-se a triagem e agendamento. Ainda, quando o agendamento era realizado via telefone, não havia uma conferência visual dos pedidos médicos, utilizando-se apenas da leitura do pedido pela pessoa solicitante.

A implantação do Protocolo de Agendamento sistematizou que todos os pacientes fossem submetidos a um questionário de triagem no momento do agendamento, observando-se a idade, questionando-se a presença de comorbidades ou alergias. Os casos identificados com potencial de risco seriam encaminhados para uma consulta pré-anestésica antes do agendamento do exame. Os pacientes sem riscos identificados pela triagem teriam o seu exame agendado de imediato. Somado a isto, um fluxograma explicativo foi elaborado para facilitar a triagem, quando a comunicação ocorresse via telefone.

Com vistas a identificação de mudanças se fazendo necessárias, outros processos de trabalho precisaram ser revistos. Diante de tantas informações necessárias à segurança do procedimento, foi observado pelas enfermeiras a necessidade de implementar no serviço um instrumento para documentar a triagem de comorbidades, alergias e uso de medicamentos, o que levou então, ao Protocolo de exame seguro.

### **Adaptação e aplicação do protocolo exame seguro**

Partindo do pressuposto que a abrangência do protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicada em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, a clínica de gastroenterologia, adapta o protocolo para a sua realidade institucional. Tal protocolo inicialmente instituído na clínica, para a realização de exames de endoscopia e colonoscopia, restringia-se a um instrumento informatizado no prontuário do paciente em que se investigava sinais e sintomas relacionados ao aparelho digestório.

Ressalta-se que para que a adaptação ocorresse do necessário num primeiro momento conhecer o diagnóstico situacional da clínica. A procura por subsídio científico tal como conhecer os cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde e a constituição do PNSP foi primordial. Daí, o destaque para que as equipes na prática assistencial estejam em constante atualização e imbuídos de nível de evidência científica para o seu *fazer* (Azevedo et al., 2021).

Oriundo de um trabalho multiprofissional, o instrumento adaptado foi introduzido como teste piloto, no mês de outubro de 2017, inicialmente para os exames de colonoscopia, em pacientes idosos, crianças ou em qualquer paciente que fosse submetido a procedimentos terapêuticos. Um ano depois (2018), o protocolo caracterizado por um *checklist* passou a ser aplicado a todos pacientes submetidos à exames realizados com sedação.

O checklist contempla dados relevantes para a segurança do exame nas etapas do pré-exame, relacionada a triagem, configurada por uma coluna na cor laranja; etapa de exame destinada ao momento da sala cirúrgica que antecede a indução anestésica, em coluna na cor verde (com itens também na cor amarelo) e o momento pós-exame destinado à Recuperação pós-anestésica (RPA), apresentado na coluna de cor azul (Quadro 1).

**Quadro 1:** Protocolo *checklist* Exame cirúrgico para realização de exames de endoscopia e colonoscopia.

<b>PROTÓCOLO EXAME SEGURO</b>		FORM QUA 030	Aprovador por: NSP	Versão: 04	Revisão: 06	Data: 26/04/2019																																										
<b>Solicitação Médica</b>	<b>CHECK LIST SALA - Antes da Indução Anestésica</b>		<b>CHECK LIST RPA - Classificação de Chung</b>																																													
<b>Triagem de Enfermagem</b>	<b>Antes do Paciente Sair da sala de Exames</b>		<b>Escores</b>																																													
( ) EDA ( ) Cromo e mang _____ ( ) Quick test ( ) COLONO ( ) RETO ( ) ECO _____ ( ) Confirmou dados de identificação e term. cons. ( ) Autoriza procedimentos ( ) Consulta anestésica/cardio ( ) Dilatação _____ ( ) Biópsia _____ ( ) Polipectomia _____ ( ) Mucosectomia _____ ( ) Retirada de corpo estranho _____ ( ) Colocação Balão Intragástrico _____ meses ( ) Retirada Balão Intragástrico _____ meses ( ) MEDICO EXECUTOR: _____ ( ) Outros: _____	SALA: ( ) o paciente confirmou (nome, data de nascimento, procedimentos, consentimento) ( ) Confirmação dos exames a serem realizados. ( ) Verificação da segurança anestésica (monitorização, verificação de alergias, medicações disponíveis, acesso venoso, material de urgência funcionando). ( ) Montagem da sala com todos os equipamentos e materiais necessários ( ) Presença de todos os membros da equipe ( ) Endoscopista e Anestesiologista avaliaram paciente antes de iniciar.		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #FFD700; text-align: center;"><b>Sinais vitais</b></td> <td style="text-align: center;">Pontos</td> </tr> <tr> <td>Até 20% dos valores pré operatórios</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>20 a 40 % dos valores pré operatórios</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Mais de 40% dos valores pré-op.</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; text-align: center;"><b>Deambulação e condição mental</b></td> <td style="text-align: center;">Pontos</td> </tr> <tr> <td>Bem orientado e com andar firme</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Bem orientado ou com andar firme</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Nenhum</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; text-align: center;"><b>Náuseas e Vômitos</b></td> <td style="text-align: center;">Pontos</td> </tr> <tr> <td>Mínimo</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Moderado</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Intenso</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; text-align: center;"><b>Dor</b></td> <td style="text-align: center;">Pontos</td> </tr> <tr> <td>Mínima</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Moderada</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Intensa</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; text-align: center;"><b>Sangramento</b></td> <td style="text-align: center;">Pontos</td> </tr> <tr> <td>Mínimo</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Moderado</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Intenso</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>Total mínimo: 8</b></td> </tr> </table>				<b>Sinais vitais</b>	Pontos	Até 20% dos valores pré operatórios	2	20 a 40 % dos valores pré operatórios	1	Mais de 40% dos valores pré-op.	0	<b>Deambulação e condição mental</b>	Pontos	Bem orientado e com andar firme	2	Bem orientado ou com andar firme	1	Nenhum	0	<b>Náuseas e Vômitos</b>	Pontos	Mínimo	2	Moderado	1	Intenso	0	<b>Dor</b>	Pontos	Mínima	2	Moderada	1	Intensa	0	<b>Sangramento</b>	Pontos	Mínimo	2	Moderado	1	Intenso	0	<b>Total mínimo: 8</b>	
<b>Sinais vitais</b>	Pontos																																															
Até 20% dos valores pré operatórios	2																																															
20 a 40 % dos valores pré operatórios	1																																															
Mais de 40% dos valores pré-op.	0																																															
<b>Deambulação e condição mental</b>	Pontos																																															
Bem orientado e com andar firme	2																																															
Bem orientado ou com andar firme	1																																															
Nenhum	0																																															
<b>Náuseas e Vômitos</b>	Pontos																																															
Mínimo	2																																															
Moderado	1																																															
Intenso	0																																															
<b>Dor</b>	Pontos																																															
Mínima	2																																															
Moderada	1																																															
Intensa	0																																															
<b>Sangramento</b>	Pontos																																															
Mínimo	2																																															
Moderado	1																																															
Intenso	0																																															
<b>Total mínimo: 8</b>																																																
PA: _____ JEJUM: _____ PREPARO: manitol ( ) picoprep ( ) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #FFD700; text-align: center;"><b>Alergia</b> _____</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Anticoagulantes:</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Suspendeu? dias.</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Problema cardíaco</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Marca-passo</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Profilaxia de endocardite</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Hipertensão</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>HGT: _____ (se usar insulina)</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Apneia do sono</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Doença Renal</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td>Doença Pulmonar (asma, bronquite)</td> <td style="text-align: center;">Sim ( )</td> <td style="text-align: center;">Não ( )</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700; text-align: center;"><b>Avaliação do Preparo PRÉ EXAME</b></td> <td style="text-align: center;">1( )</td> <td style="text-align: center;">2( )</td> <td style="text-align: center;">3( )</td> <td style="text-align: center;">4( )</td> </tr> </table> Outras Doenças _____ _____ _____ Tecn. Enf: _____	<b>Alergia</b> _____	Sim ( )	Não ( )	Anticoagulantes:	Sim ( )	Não ( )	Suspendeu? dias.	Sim ( )	Não ( )	Problema cardíaco	Sim ( )	Não ( )	Marca-passo	Sim ( )	Não ( )	Profilaxia de endocardite	Sim ( )	Não ( )	Hipertensão	Sim ( )	Não ( )	Diabetes	Sim ( )	Não ( )	HGT: _____ (se usar insulina)	Sim ( )	Não ( )	Apneia do sono	Sim ( )	Não ( )	Doença Renal	Sim ( )	Não ( )	Doença Pulmonar (asma, bronquite)	Sim ( )	Não ( )	<b>Avaliação do Preparo PRÉ EXAME</b>	1( )	2( )	3( )	4( )	<b>Avaliação arcada dentária</b>		<b>HORA DE ENTRADA: _____ : _____</b>				
<b>Alergia</b> _____	Sim ( )	Não ( )																																														
Anticoagulantes:	Sim ( )	Não ( )																																														
Suspendeu? dias.	Sim ( )	Não ( )																																														
Problema cardíaco	Sim ( )	Não ( )																																														
Marca-passo	Sim ( )	Não ( )																																														
Profilaxia de endocardite	Sim ( )	Não ( )																																														
Hipertensão	Sim ( )	Não ( )																																														
Diabetes	Sim ( )	Não ( )																																														
HGT: _____ (se usar insulina)	Sim ( )	Não ( )																																														
Apneia do sono	Sim ( )	Não ( )																																														
Doença Renal	Sim ( )	Não ( )																																														
Doença Pulmonar (asma, bronquite)	Sim ( )	Não ( )																																														
<b>Avaliação do Preparo PRÉ EXAME</b>	1( )	2( )	3( )	4( )																																												
	<b>Avaliação do Preparo DURANTE O EXAME</b>		<b>TOTAL _____ PA: _____</b>																																													
	<b>Ass Técnica Enf: _____</b>		<b>( ) Sinais vitais estáveis</b>																																													
	<b>Médico: _____</b>		<b>( ) Acordado, orientado, deambulando sem ajuda</b>																																													
	<b>Anestesiologista: _____</b>		<b>( ) Sem náuseas e vômitos</b>																																													
			<b>( ) Sem dor excessiva</b>																																													
			<b>( ) Sem sangramento excessivo</b>																																													
			<b>ALTA ANESTÉSICA: _____</b>																																													
			<b>HORA DE SAÍDA: _____ :</b>																																													

Fonte: Dados do serviço (2022)

Percebe-se que o protocolo de exame seguro, procurou manter o layout semelhante ao estabelecido pela OMS para a cirurgia segura, no intuito de manter a praticidade de preenchimento pelos profissionais num sentido de etapas. De modo semelhante a LVCS, cada uma das fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico, neste caso também, de um procedimento/exame que o paciente realizará na clínica.

Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens correspondente àquela etapa. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido no local até a sua solução (Brasil, 2013).

O preenchimento da coluna laranja é realizado no setor de triagem pelas técnicas de enfermagem ou enfermeiras, e consta de uma lista de comorbidades referente ao protocolo anestésico, que devem ser preenchidas antes do paciente ser admitido na sala de exames. Em situações nas quais se identifica qualquer comorbidade que possa influenciar na segurança do

procedimento, o médico anesthesiologista é então chamado para avaliar o paciente. A anestesia segura, é uma parte essencial que compõe as etapas de cirurgia segura. Além das falhas cirúrgicas, a maioria dos pacientes não são informados quanto ao tipo de anestesia e a duração do procedimento cirúrgico, interferindo, assim, tanto na assistência prestada ao paciente quanto aos familiares (Silva et al, 2020).

A implantação de protocolo referente a procedimentos anestésicos, apresentam algumas fragilidades nos serviços de saúde. Várias são as causas da não implementação da avaliação em contexto ambulatorial dos pacientes a serem submetidos a intervenções cirúrgicas programadas. Entre elas, destacam-se a falta de encaminhamento pelo cirurgião, de disponibilidade do anesthesiologista e de espaço físico (Bisinoto et al., 2007).

No Brasil, a anestesia ambulatorial é regulamentada pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1363/93 e nº 1409/94, que estabelecem as normas para as condições de funcionamento da unidade e os critérios de seleção e alta dos pacientes. A resolução CFM nº 1363/93 determina, entre outras normas, que o anesthesiologista avalie, com antecedência, as condições clínicas dos pacientes, mantenha a vigilância permanente durante o ato operatório e os transfira à sala de recuperação pós-anestésica, onde devem permanecer até que apresentem condições de alta (Hobaika, Diniz & Castro, 2005).

Neste sentido, foi apresentado no checklist adaptado, a Classificação de Chung disposta na coluna azul que deve ocorrer na sala de RPA. É de responsabilidade da técnica de enfermagem ou enfermeira que procede a avaliação do paciente garantindo que este será liberado do local em condições adequadas, ancorado pelo escore mínimo obtido por meio da Classificação de Chung e orientação do mesmo sobre os cuidados pós procedimentos realizados. Esta escala avalia a condição do paciente para alta com a obtenção de nove ou dez pontos para ser liberado (Chung, 1993). Conforme a literatura, nesta escala pode ser eliminada a necessidade de o paciente urinar e de se alimentar na instituição, permitindo alta precoce. Na realidade do serviço, para o perfil de pacientes atendidos, optou-se em padronizar um total mínimo de oito pontos.

O preenchimento da coluna verde (Figura 1) acontece antes e após o procedimento, na sala de exame, realizado pela técnica que auxilia o procedimento, ela é responsável por garantir junto com a equipe médica para que todos os procedimentos solicitados sejam realizados sem erros, acondicionar e identificar as peças anatomopatológicas coletadas e transferir o paciente para recuperação anestésica com segurança. Assim, os itens apresentados neste espaço do *checklist* auxiliam a conferência de todos os possíveis pontos que carecem de atenção essencial para que não leve à erros e eventos adversos e riscos à assistência segura ao cliente.

Observa-se no *checklist*, que alguns itens tais como a alergia, avaliação do preparo e PA (pressão arterial), são apresentadas na cor vermelha. Esta escolha decorre da importância em atribuir uma maior atenção nestes itens pela equipe no momento do preenchimento, que por sua vez, são estratégias utilizadas pela equipe como mais uma barreira para evitar e/ou minimizar riscos ou eventos adversos.

Nesta mesma lógica ambulatorial, o *checklist* elaborado e validado por Portari et al (2021) foi representado por 58 itens distribuídos entre o Cabeçalho (sete itens) e seis tópicos, divididos em: Recepção; Sala de preparo; Avaliação médica; Antes da anestesia e distribuição dos campos; Antes da saída de sala operatória e Antes da saída do centro cirúrgico. O *Checklist* de Cirurgia Segura para Procedimento Ambulatorial disponível para a comunidade científica torna possível que os gestores melhorem a comunicação interprofissional, o que contribuirá para minimizar a ocorrência de eventos adversos, impactar na redução de custos e garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente.

O registro de identificação do profissional responsável por cada etapa, assim como o espaço disponível para relatório no checklist, permite uma rastreabilidade em casos de possíveis eventos que possam acontecer. Esta rastreabilidade, por sua vez, tem o intuito no serviço, em rever os processos e instituir a cultura de segurança do paciente para que os processos de trabalho sejam fortalecidos na oferta segura da assistência para a população. A cultura de segurança do paciente pode ser compreendida

como um processo que enfatiza políticas, sistemas e procedimentos sistêmicos para garantir a segurança do paciente (Madalozzo et al., 2021).

A cultura de segurança para cirurgia segura, por vezes, está intrinsicamente relacionada a dificuldade de adesão do check-list. Corroborando neste sentido, uma revisão integrativa (Rocha et al, 2020), a qual constatou alguns fatores que podem estar relacionados a este contexto. Identificou-se a falta de treinamentos voltados para a inserção da lista de verificação nas ações educativas institucionais, sendo a principal dificuldade apontada a falta de recursos humanos para condução da checagem em várias salas cirúrgicas e as múltiplas cirurgias realizadas simultaneamente. Pôde-se depreender ainda, o entendimento de que o uso da lista de verificação pode gerar desconforto no profissional que o conduz por parte destes profissionais.

### **Impactos no monitoramento de indicadores como resultado da implantação do Protocolo de exame seguro**

Uma vez implementado, por si só, os protocolos trazem consigo os seus impactos positivos para os serviços de saúde, quer sejam na área assistencial ou para a gestão destes. Com a aplicação do protocolo *check-list* de exame seguro, foi possível a criação de vários indicadores que, ao serem analisados mensalmente, possibilitam a aplicação de medidas de melhoria nos processos envolvidos, promovendo com isso otimização da qualidade e segurança no atendimento. Um indicador é definido como “[...] ferramentas utilizadas para analisar, adquirir, identificar e mensurar ações ou informações relativas à qualidade de atendimento, doença, epidemiologia e saúde dos contextos abordados, servindo para sintetizá-los por meio de conceitos numéricos.” (Gama & Bohmol, 2020, p.144).

O estudo de Gama e Bohmol (2020) apresentou que os indicadores mais gerenciados pelos enfermeiros em centro cirúrgico na perspectiva de profissionais associados à Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) foram: quantidade de cirurgias canceladas (81,6%), taxa de infecção do sítio cirúrgico (78,5%) e ocupação de salas cirúrgicas por mês (69,6%). Tais indicadores fornecem um parâmetro para conduzir estratégias de gestão nos hospitais. Em nível ambulatorial, tais indicadores ainda se configuram uma lacuna de pesquisa.

Um dos indicadores monitorados a partir da implantação do protocolo exame seguro na clínica gastroenterológica, foi referente à suspensão de exame. No que se refere ao tipo e quantitativo de procedimentos, dados anteriores do serviço relativos ao ano de 2016, apresentaram os seguintes resultados: foram suspensos oito exames (sete endoscopias e uma colonoscopia) no dia do procedimento. Os motivos foram: sete pacientes devido ao risco cardiológico e um paciente com crise convulsiva.

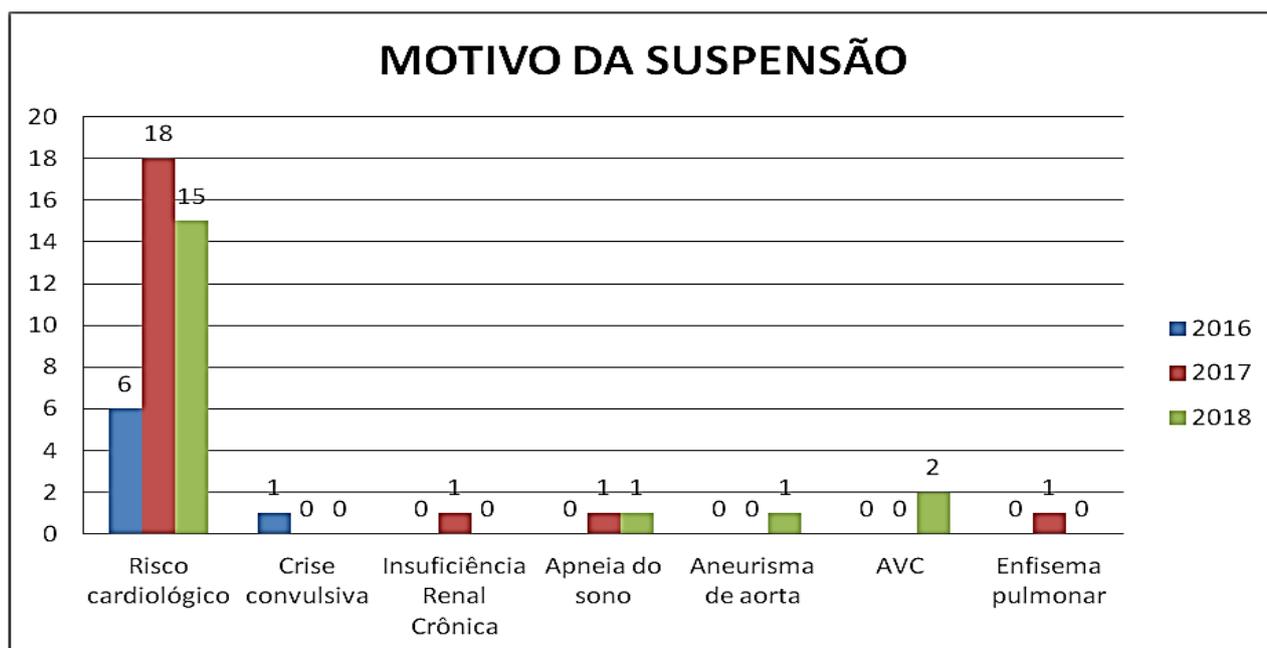
Já com a implantação do *checklist*, em 2017, foram suspensos 28 exames (18 endoscopias e dez colonoscopias), os motivos foram: 22 pacientes com risco cardiológico, dois pacientes com apneia do sono, dois pacientes com enfisema pulmonar e dois pacientes com insuficiência renal crônica. Em 2018, foram suspensos 25 exames (16 endoscopias e nove colonoscopias) os motivos foram: 17 com risco cardiológico, dois pacientes com apneia do sono, três pacientes com AVC (Acidente Vascular Cerebral), dois pacientes com aneurisma e para um paciente não foi apresentado a identificação do motivo da suspensão.

Constatou-se ainda, que a suspensão dos exames nos anos de 2017 e 2018 ocorreram durante a aplicação do protocolo *checklist* exame seguro, significando que os pacientes já haviam passado pela barreira da anestesia e do agendamento, demonstrando que esses dois protocolos, por si só, podem não ser efetivos isoladamente como ponto de barreira e segurança do paciente, mas sim em conjunto com demais barreiras durante todo o processo de trabalho. Esta experiência, denota a importância do estabelecimento de várias barreiras inseridas nos serviços, tais como a lógica do modelo do Queijo Suíço (Reason, 2000).

Para Reason (2000), o erro faz parte do ser humano e que por isso, jamais seria possível extinguir a possibilidade de errar. No entanto, é possível transformar o ambiente em que os humanos agem, tornando-o mais seguro, com desenhos de sistemas e métodos que dificultem os erros, evitando que estes perpassem as múltiplas e incompletas camadas de proteção (as fatias do queijo suíço) e causem um dano devastador.

Ainda sobre os resultados da implantação do protocolo no serviço, os pacientes da faixa etária de 60 a 79 anos foram os pacientes que apresentaram o maior índice de cancelamento, totalizando 15 pacientes no ano de 2017 e 12 pacientes no ano de 2018, observando-se uma discreta diminuição no número de exames cancelados nessa faixa etária, o que pode estar relacionado à melhor adesão dos profissionais ao protocolo anestésico. Acredita-se que a suspensão dos exames na faixa etária acima de 80 anos, ocorreram por falha na aplicação do protocolo de agendamento e do protocolo anestésico, sendo cinco pacientes ao todo nos anos de 2016 a 2018. O motivo da suspensão com maior frequência foi o risco cardiológico (Figura 2).

Figura 2: Motivos da suspensão de exames.



Fonte: Dados do serviço (2022).

A presença de comorbidades limitantes em pacientes na faixa etária abaixo de 60 anos foi notória. Estes, não foram encaminhadas para avaliação pré-anestésica de acordo com o protocolo vigente, resultando em agendamento do exame. Observou-se que pacientes omitem a sua real condição de saúde no momento do agendamento, mas que o revelam no momento do protocolo *checklist* exame seguro.

Este dado supracitado pode sugerir que haja um receio por parte do paciente, na não realização do procedimento, que, por sua vez, implica na necessidade de orientação sobre possíveis consequências da omissão destas informações para o seu quadro de saúde. Uma das premissas para o alcance da cultura de segurança, é a existência de uma comunicação aberta, honesta e transparente entre os serviços de saúde e seus pacientes. Esta ideia vem alinhada com o que recentemente se discute acerca do *disclosure* (Canadian Safety Institute, 2011).

Como ferramenta para a Gestão da Qualidade e segurança do paciente, uma revisão sistemática concluiu que o processo de *disclosure* não recebe atenção suficiente na comunidade científica ou em instituições de saúde do mundo, considerando-se que poucos países apresentam práticas formalizadas e institucionalizadas por meio de protocolos ou guidelines sobre essa técnica de comunicação efetiva primordialmente humana (Ribeiro et al., 2021). Trata-se, portanto, de uma ação estratégica da qual o serviço em questão deste estudo pode lançar mão para aprimorar os seus processos na busca pela melhoria contínua da oferta de assistência.

A suspensão do exame acarreta danos tanto ao paciente quanto à instituição, os quais podem ser físicos, emocionais ou financeiros. Contudo, as causas das suspensões são fatores que demandam atenção, uma vez que, ao proceder com o exame, se

há alguma contraindicação, o paciente pode sofrer danos sobretudo físicos. Um estudo coreano realizado com projeção de dez anos, para hospital público como cenário, constatou que existem várias causas relacionadas ao cancelamento cirúrgico, incluindo características do paciente, características relacionadas à cirurgia e características relacionadas ao cronograma da cirurgia e isso significa que seria possível, por alguns motivos, ser evitado. Toda instituição médica deve considerar o cancelamento da operação como uma questão importante e o monitoramento sistemático deve ser necessário (Cho et al, 2018), realidade que se assemelha ao contexto brasileiro.

A respeito da implantação do protocolo, aspectos relacionados à sua adesão também precisaram ser aqui discutidos. Na realidade do estudo, esta adesão e conscientização por parte da equipe médica aconteceu de forma gradativa, o que pode ter contribuído para que muitos pacientes não tivessem sido encaminhados para a avaliação anestésica, por exemplo. A equipe de agendamento recebeu orientação verbal, por escrito e por meio de fluxograma, para facilitar a identificação do paciente de risco, para que este pudesse ter um encaminhamento adequado, porém, também ocorreram falhas, e paciente por vezes, não receberam encaminhamento para a avaliação pré-anestésica. Foi notado, no entanto, que tais falhas foram apresentando progressiva diminuição devido aos numerosos treinamentos realizados.

Fragilidades tais como adesão frágil do protocolo por parte da equipe multiprofissional e checagem sem verbalização, foram detectadas. Uma pesquisa desenvolvida sobre erros e eventos adversos, apontou que a comunicação ineficaz é um dos principais obstáculos à identificação de incidentes e eventos adversos em saúde. Os problemas de comunicação estão na terceira posição como causa, das quais se incluiu (por omissão, interpretação equivocada de uma informação ou presunção de conhecimento) (Santos et al, 2020). Assim, os protocolos auxiliam na sistematização e registro de informações que tendem a minimizar a assistência insegura.

Reforça-se a importância em trabalhar a cultura de segurança do paciente com a equipe nos serviços de saúde. Este cuidado seguro, implica em benefícios para os próprios pacientes uma vez percorrido um fluxo de atendimento com barreiras de proteção ao seu cuidado. Isto também implica em benefícios para a gestão do serviço e para a enfermagem como integrante da equipe, pois fortalece uma cultura de segurança e confiança por parte da sua clientela transparecendo um trabalho de qualidade para a sociedade.

Pondera-se que os temas no que concerne a segurança do paciente, aqui destacado para a cirurgia segura, podem ser trabalhadas já na formação dos profissionais. Nesta perspectiva, um estudo realizado por Purim et al (2019), trabalharam em um *checklist* de cirurgia segura no ensino da disciplina de Cirurgia Ambulatorial durante a graduação em Medicina. Os autores ressaltam a importância do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente e das metodologias ativas de aprendizagem para treinar os estudantes para maior compromisso e responsabilidade com a qualidade da assistência prestada à comunidade no ambulatório acadêmico do hospital escola.

Outros indicadores começaram a ser monitorados em 2018, como complicações pós-anestésica e complicações pós-exames, isso foi possível após completa adesão ao preenchimento do protocolo checklist nas colunas verde e azul do protocolo, onde são realizados os relatórios de enfermagem e anotações referentes a intercorrências. Com o registro, foi possível monitorar uma série de ocorrências mais frequentes durante a realização dos exames de endoscopia e colonoscopia e intervir com maior agilidade.

Em percepções finais acerca da implantação do protocolo, destaca-se a importância de implementar estratégias de melhoria que influenciam positivamente para o cuidado seguro do paciente. As Instituições de saúde preocupadas com a segurança dos pacientes, fazem uso de práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados. Esses processos incluem os protocolos e o *checklist* e outras iniciativas relacionadas à segurança perioperatória que engloba a capacitação e certificação de profissionais e instituições. O que leva a nova geração de profissionais de saúde, a estarem sendo gradativamente

capacitados para trabalhar, seguindo estas ferramentas e tornando sua aplicabilidade uma constante no futuro (Ribeiro et al., 2017).

Destarte, o enfermeiro tem se destacado como o profissional capacitado para promover a implantação de protocolos e competências para participar das equipes responsáveis pelos processos de acreditação e certificação, iniciativa essa que tem contribuído muito para os processos de melhoria na segurança dos pacientes. Ele é o profissional responsável pela capacitação da equipe médica e de enfermagem à adesão aos protocolos e *checklist*. Cabe a ele, a capacitação e orientação adequadas da equipe com relação ao preenchimento correto do *checklist*, valorização da importância do instrumento implantado no serviço e a comunicação interprofissional efetiva como componentes para a garantia da qualidade da assistência (Porcari et al, 2020).

#### 4. Considerações Finais

Acredita-se que os objetivos propostos de adaptação do protocolo cirurgia segura para exame seguro, foi alcançado para as necessidades e perfil do serviço com atendimento a exame de endoscopia e colonoscopia.

Foi possível identificar que mesmo após a aplicação dos dois mecanismos de barreira (protocolo de agendamento e protocolo de anestesia) ainda ocorreram falhas no encaminhamento dos pacientes para os exames de endoscopia e colonoscopia, configurando as fragilidades na implantação do protocolo, possivelmente relacionadas a adesão frágil pela equipe atuante. Isto compactua com a exigência de um trabalho em equipe consolidada. Um trabalho em equipe é primordial para a efetividade de mudanças de melhorias institucionais. O enfermeiro, sobretudo, configura-se um forte elo entre o multiprofissional.

Levantar e monitorar os indicadores provenientes da assistência fornece elementos que subsidiam as estratégias de intervenções e busca, por esta melhoria contínua, princípio maior da Qualidade nos serviços de saúde. Benefícios foram percebidos com a implantação do protocolo, pois possíveis eventos adversos puderam ser barrados. Assim, quaisquer protocolos a serem instituídos demanda constantes reavaliações e estratégias de melhoria contínua, identificar as ocorrências, sim, mas somado ao levantamento de suas causas e possíveis resoluções.

Sugere-se a construção de mais estudos em profundidade acerca do tema, com novas abordagens metodológicas e com outros cenários na perspectiva de serviços ambulatoriais e privados. Cita-se como exemplo, o impacto na satisfação do paciente nesta perspectiva de cuidado, exame, procedimentos seguros. Inclusive como inserir o paciente/cliente no seu próprio cuidado. Afunilando para as causas de cancelamentos de procedimentos no íterim de indicadores, há uma demanda para estudos que entornem estratégias para implantação de ações que minimizem tais causas, principalmente, sob ótica da equipe multidisciplinar. Ademais, é preciso que as análises e reflexões se apresentem para além dos protocolos construídos e implantados, é preciso que estudos também estejam imbricados com a cultura de segurança do paciente, qual o panorama, desafios, perspectivas etc. Espera-se que, por meio desta experiência descrita, seja possível contribuir com a literatura, no sentido de ampliar o olhar para protocolos instituídos em serviços para além da perspectiva hospitalar nos preceitos do Programa Segurança do Paciente.

#### Referências

- Alpendre, F. T., Cruz, E. D. A., Dyniewicz, A. M., Mantovani, M. F., Silva, A. E. B. C., Santos, G. S. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2907. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>.
- Azevedo, D. K. L., Silva, C. M. P. da, & Maia, A. L. (2021). The role of nursing management in implementing the safe surgery goal: a literature review. *Research, Society and Development*, 10(14), e584101422711. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22711>
- Bisinotto, F. M. B., et al. (2007) Implementation of a Preanesthetic Evaluation Service in a University Hospital. Difficulties and Results. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 57(2): 167.
- Canadian Safety Institute. Canadian Disclosure Guidelines: Being with patients and families. Ottawa: 2011.
- Cho, H. S., Lee, Y. S., Lee, S. G., Kim, J. M., & Kim, T. H. (2018). Reasons for Surgery Cancellation in a General Hospital: A 10-year Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), 7. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010007>.

Chung, F. (1993). Are discharge criteria changing? *J Clin Anesth*. 5:64S-8S.

Gama, B. P., & Bohomol, E. (2020). Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos?. *Revista SOBECC*, 25(3), 143–150. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030004>

Hobaika, A. B. S de, Diniz, M. P. Castro, C. H. V. (2005). Cuidados anestésicos monitorados em anestesia ambulatorial. *Rev Med Minas Gerais*. 15(1): 37-40.

Madalozzo, M. M. et al (2021). Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. *Research, Society and Development*, 10(6), e55510616113. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>.

Matzenbacher, L. P. S et al. (2021). Nursing care in ophthalmologic surgeries: experience report. *Research, Society and Development*, 10(11), e271101119629. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19629>

Ministério da Saúde (BR). (2013). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 2013 abr 02 [citado 2018 jun 04]; 150 (62 Seção 1): 43-4. [http:// www.aeciherj.org.br/docs/portaria-529\\_2013.pdf](http://www.aeciherj.org.br/docs/portaria-529_2013.pdf)

Porcari, T. A., Cavalari, P. C. F., Roscani, A. N. C. P., Kumakura, A. R. S. O, Gasparino, R. C. Safe surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020; 41:e20190321. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190321>.

Purim, K. S. M. et al (2019). Safety check list in outpatient surgery teaching. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 46(3), e20192197. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192197>

Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 768–770. <http://www.jstor.org/stable/25187420>

Ribeiro, E. R., Bertoldo, C.L.G., & Kunz, A. C. (2021). The use of disclosure as a tool for quality management and patient safety: a systematic review. *Research, Society and Development*, 10(13), e67101316252. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.16252>.

Ribeiro, K. R. A et al. (2017). A importância da enfermagem no uso da lista de verificação de cirurgia segura. *Rev eletrônica do Univag*, (17). 103 - 115.

Rocha, R. G., Batista, D. B. dos S., Pereira, E. R., Almeida, L. F. de, Fassarella, C. S., Tavares, J. M. A. B., & Broca, P. V. (2020). Limitations in the implementation of the surgery checklist and impacts on surgical patient safety. *Research, Society and Development*, 9(9), e169997089. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7089>.

Santos, J., Sankarankutty, A., Salgado, J. R. W., Kemp, R., Leonel, E., Castro e Silva, J.R. O. (2008). Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 41(3):274-86. <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/273>.

Silva, P. H. A. et al. (2020). Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. *Rev. Col. Bras. Cir.* 47. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202429>.

Tessmer, C. S., & Porto, A. R. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. *J. nurs. health*. 2021;11(2): e2111221998. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>.

World Health Organization (CH). (2009). WHO guidelines for safe surgery, 2009: safe surgery saves lives. Geneva: WHO. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf;jsessionid=B2D781262C7E26D33992E95EF2BA1020?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=B2D781262C7E26D33992E95EF2BA1020?sequence=1).