

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Renata Pascoal Freire

**Implementação do checklist de cirurgia segura em hospitais universitários: estudo
qualitativo dos fatores contextuais**

Rio de Janeiro

2018

Renata Pascoal Freire

**Implementação do checklist de cirurgia segura em hospitais universitários: estudo
qualitativo dos fatores contextuais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Margareth C. Portela

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F866i Freire, Renata Pascoal.
Implementação do checklist de cirurgia segura em hospitais
universitários: estudo qualitativo dos fatores contextuais. /
Renata Pascoal Freire. -- 2018.
133 f. : il. color.

Orientadora: Margareth C. Portela.

Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.
2. Administração Hospitalar. 3. Segurança do Paciente. 4. Lista de
Checagem. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.11

Renata Pascoal Freire

Implementação do checklist de cirurgia segura em hospitais universitários: estudo qualitativo dos fatores contextuais

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 29 de março de 2018.

Banca Examinadora

Prof Dr. Zenewton André da Silva Gama
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Departamento de Saúde Coletiva

Prof^a Dra. Denise Scofano Diniz
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro-Departamento de Medicina

Prof^a Dra. Sheyla Maria Lemos Lima
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dra. Margareth Crisóstomo Portela (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

Às Marias: minha mãe Marilza e tias Mariete e Marilena.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a espiritualidade por mais uma etapa dessa existência cumprida.

A minha mãe Marilza por sua luta, amor incondicional e apoio em todos os momentos da minha vida.

A minha amada e eterna tia Mariete que não pode celebrar essa conquista ao meu lado, mas que me deu todo o apoio emocional e condições materiais para que eu pudesse estudar e conquistar meus objetivos na vida.

A minha tia Marilena que me ensina todos os dias com sua doçura, espiritualidade e otimismo. Ao meu amor, Marco, por todo o apoio, afeto e compreensão em todo esse processo, sua ajuda foi fundamental para conclusão dessa etapa.

Aos meus irmãos: André, Andréia e Roberta, por todo o amor, apoio e torcida. As minhas sobrinhas Julia e Luana por compreenderem minhas ausências.

A minha irmã do coração Tatiana e minha afilhada Maria Luiza por toda a torcida, afeto e compreensão das minhas ausências nesses últimos anos.

As minhas florzinhas Lili e Débora (Sis) por serem pessoas lindas que me ajudaram demais em tudo nesses últimos anos.

A todos os profissionais de saúde e amigos queridos que compreenderam e apoiaram meu afastamento das atividades profissionais para que pudesse me dedicar ao doutorado: Sonia Capellão, Roseli Monteiro, Leonardo Castro, Ana Cristina e Stella Carletti, sem palavras por todo o apoio que vocês me deram.

Aos meus amigos que acompanharam de perto ou as vezes a distância, a cada “furo” por conta das atividades do doutorado: Raphael, Ana Luiza, Pedro Lima, Tatiana Clarckson e muitos outros que foram presentes e afetuosos durante essa caminhada.

A minha turma maravilhosa de Doutorado e a rede potente que criamos para “sobreviver” no meio dos desafios colocados, em especial: Raquel Torres, Mario Sobreira, Mirna Teixeira, Ângela Casanova, amigos queridos que levarei do doutorado para a vida!

A minha mais nova amiga de infância Barbara Caldas, veterana e sábia por toda a escuta, ensinamentos e trocas durante esse doutorado, amiga de toda a vida.

A minha querida orientadora Margareth Portela por todos os ensinamentos e afeto.

Aos professores queridos da ENSP: Marilene Castilho, Sheyla Lemos, Cristiane Machado e muitos outros que com todo o afeto e dedicação foram fundamentais para a minha formação.

A todos os profissionais de saúde maravilhosos que pude conhecer, entrevistar e acompanhar nos hospitais estudados nesses quatros anos, pessoas que tenho um grande afeto e gratidão.

*O tempo muito me ensinou:
Ensinou a amar a vida,
Não desistir de lutar,
Renascer na derrota, renunciar às palavras
e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos e a ser
otimista.
Aprendi que mais vale tentar do que
recuar... Antes acreditar do que duvidar,
que o que vale a pena na vida, não é o ponto
de partida e sim a nossa caminhada.*

Cora Coralina

RESUMO

A aplicação do checklist de cirurgia segura contribui para a redução de complicações cirúrgicas e mortalidade, proporcionando maior entrosamento e comunicação das equipes cirúrgicas. Entretanto, como outras intervenções voltadas à melhoria da qualidade do cuidado da saúde e segurança do paciente, o sucesso de sua implementação depende de fatores contextuais. Este estudo objetivou identificar os elementos contextuais presentes em dois hospitais universitários brasileiros antes e durante a implementação do checklist. Envolveu 50 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e gestores, categorizadas com base no *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), utilizando o NVivo® versão 10 para indexação e sistematização. As categorias de análise foram: contexto externo e interno, processo de implementação e conhecimento sobre a intervenção - o checklist cirúrgico. Dentre os elementos do contexto externo cabe destacar a articulação incipiente entre os hospitais e as secretarias de saúde, e o apoio financeiro insuficiente dos órgãos governamentais, gerando deficiências na estrutura dos hospitais (insuficiência de profissionais, irregularidade no abastecimento de insumos, leitos críticos e insuficientes, necessidade de obras para adequação). Ainda que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) contemple, no país, a criação mandatória de núcleos de segurança do paciente e a implementação das metas internacionais de segurança do paciente, ações em curso nos hospitais que favorecem a implementação do checklist, são ainda um grande desafio. As duas experiências estudadas apresentaram processos de implementação distintos, interagindo com os elementos do contexto dinamicamente, merecendo destaque, a influência dos fatores externos em um dos hospitais. Elementos do contexto interno como a importância das lideranças e do acúmulo de esforços para a melhoria da qualidade do cuidado, foram decisivos no processo de implementação. Dificuldades relativas à cultura organizacional, à comunicação e trabalho em equipe, se assemelham às identificadas em estudos internacionais, entretanto, a instabilidade para manutenção das condições estruturais ainda é um grande desafio para os hospitais brasileiros, colocando em debate, as possibilidades reais de melhorias em condições estruturalmente muito adversas.

Palavras-chave: Avaliação de Programas. Administração Hospitalar. Segurança do Paciente. Lista de Verificação. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The use of the safe surgery checklist contributes to the reduction of surgical complications and mortality, improving the integration and communication between the surgery teams. However, the success of its implementation rests on contextual factors, similarly to other interventions aimed to improve the quality of health care and patient safety. This study aimed to identify the contextual elements present in two Brazilian university hospitals before and during the implementation of the checklist. It involved 50 semi-structured interviews with health professionals and managers, categorized based on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), using NVivo® version 10 for indexation and systematization. The categories of analysis were: external and internal context, implementation process and knowledge about the intervention - the surgery checklist. Among the elements in the external context, it is worth noting the incipient articulation between hospitals and health departments and insufficient financial support from government agencies, generating deficiencies in the hospitals structures (insufficient professionals, irregular supply of consumables, insufficient critical beds, and need of works for adequacy). Although the National Patient Safety Policy (PNSP) contemplates in the country the mandatory creation of patient safety nuclei and the implementation of international quality goals, ongoing actions in hospitals that favor the implementation of the checklist are still a great challenge. The two experiments assessed presented different implementation processes, dynamically interacting with the elements of the context, highlighting the devastating influence of external factors in one of the hospitals. Elements of the internal context such as the importance of leadership and the accumulation of efforts for the care quality improvement were decisive in the implementation process. Difficulties related to the organizational culture, communication and teamwork are similar to those identified in international studies. However, the instability to keep the structural conditions is still a massive challenge for Brazilian hospitals, bringing the real possibilities for improvements in adverse structural conditions for discussion.

Keywords: Program Evaluation. Hospital administration. Patient safety. Checklist. Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Constructos do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).....	24
Figura 1 -	Lista de Verificação de segurança cirúrgica (primeira edição)	31
Quadro 2 -	Constructos identificados na Fase 1: Antecedentes da intervenção.....	44
Figura 2	Distribuição da auto avaliação dos profissionais quanto ao conhecimento do checklist de cirurgia segura.....	62
Quadro 3-	Constructos identificados na Fase 2: Processo de implementação do checklist de cirurgia segura.....	71
Figura 3 -	Campanha Seja um Herói, Hospital Renovação.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EA	Eventos Adversos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDSA	Plan-Do-Study-Action, ("Planejar, Fazer, Estudar, Agir")
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNSP	Programa de Segurança do Paciente
PROADI-SUS	Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
TVP	Trombose Venosa Profunda

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	13
1.2. A INTERVENÇÃO: A IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	16
1.3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	17
1.4. OBJETIVOS.....	18
1.5. ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO.....	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1. A CIÊNCIA DA MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE.....	20
2.1.1. A importância do contexto para melhorias de qualidade e segurança do paciente.....	25
2.2. AS ORGANIZAÇÕES EM SAÚDE: OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	26
2.2.1. O Hospital Universitário.....	27
2.3. ESTUDANDO A INTERVENÇÃO: O CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA.....	29
2.3.1. O processo de implementação do checklist.....	32
3. MÉTODO.....	38
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	38
3.2. CAMPOS DA PESQUISA.....	38
3.2.1. O Hospital Perseverança.....	38
3.2.2. O Hospital Renovação.....	39
3.3 ETAPAS DA PESQUISA: O CONTEXTO E AS ETAPAS DA INTERVENÇÃO.....	39
3.3.1. Primeiro momento: Antecipando a intervenção do checklist de cirurgia segura.....	39
3.3.2. Segundo momento: O processo de implementação do checklist de cirurgia segura.....	40
3.4. ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	41
3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO ESTUDO.....	42
4. CONTEXTO DOS HOSPITAIS ANTES DA INTERVENÇÃO.....	43

4.1. CONHECENDO OS ENTREVISTADOS.....	45
4.2. ELEMENTOS DO CONTEXTO.....	45
4.3. PERCEPÇÕES SOBRE A INTERVENÇÃO: O CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA.....	61
5. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA: COMPREENDENDO OS BASTIDORES.....	70
5.1. HOSPITAL RENOVAÇÃO.....	72
5.1.1. Processo de implementação do checklist.....	72
5.1.2. Monitoramento e Avaliação.....	80
5.1.3. Perspectivas na continuidade do processo de implementação do checklist.....	84
5.2. HOSPITAL PERSEVERANÇA.....	90
5.2.1. Dificuldades no caminhar: elementos do contexto.....	90
5.2.2. Processo de Implementação.....	96
5.2.3. Monitoramento e Avaliação.....	103
5.2.4. Perspectivas na continuidade do processo de implementação do checklist.....	104
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
6.1. LIÇÕES APRENDIDAS.....	109
6.2. ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES.....	115
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICES.....	125
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA FASE 1: – PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	125
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA FASE 1: GESTORES DE SAÚDE.....	128
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA – FASE 2.....	130
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA.....	131

1. INTRODUÇÃO

O bloco operatório é uma área hospitalar complexa, onde processos para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente têm sido implementados e amplamente divulgados na literatura internacional nos últimos anos. Dentre as melhorias de qualidade propostas, o checklist de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde (OMS) merece um destaque especial. Implantado em diversos países no mundo, o checklist é embasado por uma série de evidências científicas que reforçam sua importância na redução de complicações pós-operatórias, e mortalidade (HAYNES et al., 2009; WELLER e BOYD, 2014; BERGS et al., 2015).

Diversos estudos destacam a importância de considerar o contexto da organização (KAPLAN et al., 2010; WEISER et al., 2010; RUSS et al., 2013), incluindo como elementos presentes: o papel do ambiente, a cultura da organização e a presença de outras iniciativas de qualidade. A partir do reconhecimento desses fatores faz-se necessário estudar, de que forma os mesmos podem facilitar ou limitar a implementação do checklist cirúrgico.

No Brasil, experiências recentes sobre a aplicação do checklist de cirurgia segura têm sido difundidas, em sua maioria, voltadas para os resultados de adesão e a percepção dos profissionais sobre o instrumento, pouco descrevendo o processo de implementação e seus bastidores (MARTÍNEZQUES et al., 2010; SOUSA et al., 2010; CORONA, PENICHE, 2015; ELIAS, et al., 2015; RIBEIRO, et al., 2017).

Esta tese parte, portanto, do entendimento de que os fatores contextuais internos e externos influenciam o processo de implementação e resultados do checklist de cirurgia segura. Considerando os elementos presentes no processo de implementação do instrumento nos hospitais brasileiros, as dificuldades estruturais – estrutura física, recursos materiais e tecnológicos, gestão de pessoas – assim como deficiências nas estruturas organizacionais e nos processos de trabalho desempenhados nos centros cirúrgicos, fortemente influenciados pela cultura organizacional e pelos comportamentos individuais dos profissionais de saúde.

1.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O hospital é uma organização social complexa, onde são desempenhadas atividades de diversas áreas disciplinares, envolvendo componentes sociais, culturais e educacionais que interferem na sua estrutura, processos e resultados. Caracteriza-se como um espaço de formação de estratégias, marcado pela presença de uma burocracia profissional (BITTAR, 1996). Seu funcionamento é bastante singular devido à concentração de profissionais especializados, assim

como de insumos e equipamentos médico-hospitalares; local onde são realizadas intervenções de alta complexidade.

Dentre os locais, num hospital, onde são realizados procedimentos de maior complexidade, destaca-se o centro cirúrgico, uma unidade fechada, repleta de normas e rotinas; uma espécie de estação de trabalho, com ambientes específicos, equipamentos especializados para a realização de procedimentos cirúrgicos. Além disso, as atividades no centro cirúrgico exigem, além de outros, profissionais de saúde com conhecimentos científicos e habilidade técnica, além de outras competências, tais como: responsabilidade, estabilidade emocional, habilidades em relações humanas para o trabalho em equipe, de forma com que desempenhem também atividades assistenciais, burocráticas e administrativas.

Considerado por Vecina Neto (2011) como o coração do hospital no século XXI, o centro cirúrgico corresponde a um dos setores mais estratégicos e complexos do hospital, justificado pelo crescimento dos casos graves que necessitam cada vez mais de procedimentos cirúrgicos como parte do seu tratamento em hospitais. Este alto volume de procedimentos, pode ser explicado por alguns fatores: avanço na tecnologia médica, aumento da longevidade da população mundial, e novos casos de injúrias traumáticas, como cânceres e doenças cardiovasculares, patologias estas que necessitam, muitas vezes, de tratamento cirúrgico (ANVISA, 2017).

Com o aumento das cirurgias, aumentam também as oportunidades de ocorrência de incidentes nos serviços de saúde. Dentre eles há os eventos adversos (EA), que são aqueles que resultam em dano ao paciente, sendo o dano, um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimentos, morte, incapacidades ou disfunções. O dano pode ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013b; 2013c). Vincent (2001) constatou que na Europa, cerca de 10% dos pacientes internados, foram acometidos por eventos adversos, sendo 46% desses evitáveis. Alguns anos depois, Mendes et al. (2009) apontaram a ocorrência de 7,6% desses eventos em hospitais do Rio de Janeiro/Brasil, sendo 60% evitáveis, tendo 1 em cada 5 EAs, complicações graves como incapacidade permanente ou óbito, o que demonstram a relevância desse fato para os serviços de saúde.

São vários os relatos internacionais e nacionais de ocorrências recorrentes e persistentes de EA na assistência cirúrgica. Um estudo de revisão sistemática revelou que um em cada dez pacientes hospitalizados sofreu EA, sendo que 41% ocorreram em sala de cirurgia (VRIES et al., 2008).

Dentre as complicações cirúrgicas, cabe destacar as infecções de sítio cirúrgico. O *Center for Disease Control and Prevention* [Centro para Controle e Prevenção de Doenças] –

CDC – identificou que 14 a 16% das infecções relacionadas à assistência à saúde tiveram origem em procedimentos cirúrgicos, tendo como causa mais relevante as complicações pós-operatórias (OMS, 2009). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2013c) identificou que a infecção do sítio cirúrgico ocupa a terceira posição entre as infecções relacionadas à assistência em saúde, correspondendo a 14% a 16% das infecções hospitalares, números semelhantes aos estadunidenses.

Toda essa complexidade faz com que o ambiente cirúrgico ofereça riscos aos pacientes, em sua maioria, evitáveis. Em países desenvolvidos, estimativas indicaram, entre pacientes cirúrgicos internados, taxas de complicações graves entre 3 a 17% (GAWANDE et al., 1999; KABLE et al., 2002). Em países em desenvolvimento, a mortalidade em cirurgias de maior complexidade chega a atingir de 5 a 10% (OMS, 2009).

Considerando o contexto descrito e a necessidade de redução dos riscos dos procedimentos cirúrgicos, foi proposto, pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa *Safe Surgery Saves Lives* (Cirurgias Seguras Salvam Vidas), que traz como principal meta, melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo, por meio da definição de um conjunto de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países de diferentes cenários. O Programa contempla as seguintes estratégias: o fornecimento de informações para os profissionais de saúde sobre a função e os padrões de segurança cirúrgica em saúde pública; a definição de indicadores cirúrgicos e outros dados para monitoramento e vigilância da assistência à saúde; a implementação de um checklist de cirurgia segura contendo os padrões de segurança necessários à realização dos procedimentos cirúrgicos; e a realização de testes e ampla divulgação do checklist cirúrgico para hospitais em todo o mundo (OMS, 2009).

No Brasil, a constituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, foi um marco importante na construção de políticas públicas para qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013a). A partir do Programa, outras normativas foram estabelecidas, com destaque para a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/Anvisa) nº 36/2013 instituindo ações para a segurança do paciente, dentre elas a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013c).

Ainda em 2013 foi publicada a Portaria GM/MS nº 1377/2013, que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, incluindo o protocolo de cirurgia segura. Tal Protocolo tem por finalidade estabelecer um conjunto de medidas com vistas à redução desses incidentes, e,

mais especificamente, eventos adversos cirúrgicos, possibilitando assim o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos. Dentre as estratégias recomendadas por este Protocolo, cabe destacar o uso do checklist de cirurgia segura (BRASIL, 2013b).

Entretanto, apenas a obrigatoriedade de uso do checklist não é suficiente para garantir a implementação efetiva do instrumento, sendo necessária a construção de estratégias, de acordo com a especificidade de cada organização de saúde. Num estudo desenvolvido por Aveling et al. (2013) sobre a implementação do checklist cirúrgico em países de distintas realidades, foram verificados diferentes resultados. Dentre as causas que possam explicar o fato, os autores identificam a influência dos fatores do contexto da organização, sendo necessário considerar o estudo desses fatores na organização ao se planejar uma intervenção.

Diversos autores e organizações no mundo vêm buscando compreender a importância do contexto na implementação de intervenções para melhoria da qualidade nas organizações. Considerando a variedade de conceitos e a complexidade do tema, Kaplan et al. (2010) definem contexto como todos os fatores e/ou processos que se relacionam com a mudança organizacional.

Dados sobre o contexto constituem-se em importantes subsídios para o desenho e implementação de intervenções, apontando para condições que precisam ser modificadas. Também podem auxiliar na apreciação das interações entre intervenção e contexto no decorrer da sua implementação e orientar mudanças no seu curso ou conformação. São ainda úteis para entender a rejeição ou não de hipóteses antecipadas acerca dos mecanismos de mudança atuantes na intervenção. Enfim, constituem-se em elementos fundamentais para a construção de teorias explicativas do sucesso ou insucesso nas intervenções, capazes de contribuir para construção de conhecimento generalizável para a melhoria do cuidado em saúde. Compreender o papel do contexto nas intervenções, assim como definir condições contextuais em que iniciativas são mais ou menos propensas ao sucesso são aspectos fundamentais para a melhoria da qualidade do cuidado da saúde e segurança do paciente.

1.2. A INTERVENÇÃO: A IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

A intervenção aqui descrita foi desenvolvida no escopo do Projeto “Desenvolvimento e avaliação de uma estratégia para a implementação do checklist de cirurgia segura da OMS”, coordenado pela professora Dra. Margareth Crisóstomo Portela, que teve como objetivo o desenvolvimento e avaliação de uma estratégia multifacetada para a implementação do

checklist de cirurgia segura da OMS, envolvendo a colaboração da Fundação Oswaldo Cruz junto a duas universidades, agregando pesquisadores e profissionais atuantes na prestação do cuidado cirúrgico nos hospitais das universidades.

Baseado em evidências científicas, e pautado em Teorias Organizacionais, na Gestão da Qualidade e na Ciência da Melhoria do Cuidado à Saúde [*Improvement Science*], o Projeto voltou-se para a implementação do *checklist de cirurgia segura nos hospitais universitários* através de uma série de iniciativas, incluindo a identificação de lideranças e a composição de comitês de cirurgia segura nos hospitais.

A partir da construção desse comitê, pesquisadores e profissionais de saúde construiriam um conjunto de medidas com vistas à implementação da ferramenta no centro cirúrgico, tais como a tradução e adaptação do *checklist de cirurgia segura da OMS*, a elaboração de materiais instrucionais – folhetos de divulgação do Projeto, instrutivo do uso do *checklist*, cartazes, folder para sensibilização sobre a cirurgia segura para o paciente, a elaboração e divulgação de vídeos educativos, o incentivo de simulações junto às equipes cirúrgicas, o desenvolvimento de aplicativos para celular (instrutivo do uso do *checklist de cirurgia segura* e avaliação do risco de tromboembolismo e gerenciamento perioperatório). O processo de monitoramento da intervenção consistiria em reuniões de acompanhamento junto aos comitês de implementação do *checklist* nos hospitais, além do acompanhamento de séries temporais de indicadores do uso e grau de adesão ao *checklist*, assim como indicadores de resultados selecionados.

1.3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Este estudo centra-se na apreensão das percepções dos profissionais sobre o uso do *checklist de cirurgia segura* e na identificação de elementos do contexto das organizações passíveis de afetar e interagir com o processo de implementação do *checklist*, que acarreta mudanças na prática clínica e nas relações entre as equipes cirúrgicas.

Apesar da importância do tema ainda há uma escassez de trabalhos que estudem o processo de implementação do *checklist* em serviços de saúde brasileiros (ELIAS et al., 2015; RIBEIRO et al., 2017), salientando-se que mesmo os existentes não aprofundam na compreensão das interações da implementação com o contexto vigente. Novas pesquisas são necessárias no sentido de investigar, para além de como se dá o processo, quais os fatores que contribuem ou limitam a sua efetiva utilização, com vistas a fortalecer a meta de cirurgia segura, e, em termos mais gerais, a cultura de segurança do paciente (MARTÍNEZ QUES et al., 2010; SOUSA et al., 2010; CORONA, PENICHE, 2015). Espera-se que esta tese contribua para

minimizar essa lacuna.

Sob o ponto de vista pessoal da autora, este trabalho encontra motivação na sua trajetória profissional na gestão hospitalar, com participação em processos de implementação de diversas intervenções, tendo poucas ou nenhuma possibilidade de reflexão sobre os motivos do sucesso ou insucesso. Acredita-se que a realização de estudos sobre os bastidores dos processos de implementação possa contribuir na geração de conhecimento generalizável para o planejamento e implementação de novas intervenções ou incorporação de intervenções bem-sucedidas a contextos diversos.

1.4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar os elementos contextuais presentes em dois hospitais universitários brasileiros antes e durante a implementação do checklist de cirurgia segura em dois hospitais universitários.

Objetivos Específicos

Identificar elementos contextuais antes da intervenção e estratégias adotadas para seu enfrentamento;

Estudar os fatores contextuais potencialmente implicados no processo de implementação do checklist e o conjunto de estratégias adotadas pelos hospitais frente aos desafios colocados.

1.5. ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Propõe-se a estudar os elementos do contexto presentes no processo de implementação do checklist em dois hospitais universitários brasileiros, estando organizada em seis capítulos.

O capítulo a seguir, segundo capítulo, aborda os temas centrais da pesquisa – teorias organizacionais, o hospital universitário e o centro cirúrgico; a intervenção pretendida: o checklist de cirurgia segura, assim como algumas experiências do processo de implementação e a importância do contexto, objeto desta tese.

O terceiro capítulo descreve o método escolhido para esse estudo, assim como as fases do trabalho de campo e as técnicas utilizadas para categorização e análise dos dados.

Os capítulos quatro e cinco apresentam os resultados obtidos no trabalho de campo. No

quarto capítulo são apresentados os elementos do contexto identificados na fase anterior à intervenção, e as estratégias pensadas para a efetiva implementação do checklist, e no quinto capítulo o processo de implementação do checklist nos dois hospitais e a influência dos fatores do contexto.

Finalizando, o sexto capítulo apresenta as lições aprendidas e as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A garantia de acesso e da qualidade nos serviços de saúde tem sido um dos grandes desafios nos sistemas de saúde em todo o mundo, tendo nas últimas décadas, muitas pesquisas e discussões para o alcance de estratégias que tornem as práticas em saúde mais universais e equitativas (VUORI, 1991; SERAPIONI, 2009).

No Brasil a discussão a respeito da qualidade tem sido crescente, incluindo esforços governamentais e da sociedade civil, voltados para a construção de políticas públicas, evidências científicas e a implementação de ferramentas de cuidado em saúde. No entanto, a avaliação de Serapioni (2009) ainda se faz atual nos dias de hoje, principalmente nos serviços de saúde públicos, evidenciando dificuldades na adesão aos protocolos e diretrizes clínicas e práticas assistenciais com alta variabilidade.

No intuito de superar as dificuldades colocadas, surge a necessidade de aprofundar estudos e práticas voltadas para a melhoria do cuidado em saúde. Novas intervenções podem ser planejadas e pensadas, na busca por melhores respostas dos serviços de saúde, tendo a centralidade do cuidado no paciente, e práticas seguras com equidade e eficiência como importantes metas a serem conquistadas. Teorias elaboradas por diversos autores em todo o mundo debruçam-se sobre, como as intervenções em saúde podem levar à melhores resultados, apostando num processo de mudança organizacional guiado pela perspectiva de melhoria contínua de qualidade (ALEXANDER e HEARLD, 2009).

Com vistas à construção de elementos para melhor compreensão do objeto de estudo desta tese, assim como fornecer subsídios para a construção de categorias de análise, são trazidos neste capítulo os principais conceitos pertinentes ao campo da Ciência da Melhoria da Qualidade do Cuidado em Saúde, com destaque para a importância do estudo dos fatores contextuais para a implementação de intervenções em saúde. São ainda visitados conceitos referentes às organizações de saúde, com destaque para os hospitais universitários, ambiente organizacional onde esta tese foi desenvolvida, assim como elementos da intervenção estudada, o checklist de cirurgia segura e seu processo de implementação, temas que também são fundamentais para a construção desta pesquisa.

2.1. A CIÊNCIA DA MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Reconhecendo a complexidade das organizações de saúde e a dificuldade de implementar novos processos, devido à atuação de múltiplos profissionais e rotinas consolidadas (GROL et al., 2007), faz-se necessário um esforço contínuo e combinado de todos

agentes – profissionais de saúde, pacientes e familiares, gestores e pesquisadores – no sentido de promover mudanças capazes de alcançar melhores resultados para o paciente (saúde), para um melhor desempenho do sistema (cuidado) e também um melhor desempenho profissional (aprendizado) (BATALDEN e DAVIDOFF, 2007).

Nesse sentido, surge a Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde (CMCS) que busca não somente investigar se as intervenções funcionam, mas como, por que e sob que condições funcionam. Desenvolve-se no sentido de imprimir um caráter científico a esforços de melhoria da qualidade do cuidado em saúde, valorizando fatores contextuais para a antecipação de mudanças a serem promovidas e, com base em formulação teórica, programar e testar os mecanismos de mudança a serem acionados (PORTELA et al., 2016).

Cabe às pesquisas desenvolvidas nesse campo, a construção de um conhecimento novo e generalizável, buscando assim, compreender os elementos das intervenções e seus principais mecanismos adotados, de modo a propiciar um aprendizado para outras instituições e sistemas de saúde (MARGOLIS et al., 2009)

Desse modo, a CMCS reconhece e incorpora diferentes teorias que evidenciam alguns fatores importantes para o sucesso da intervenção, podendo ser agrupadas em teorias relacionadas: aos profissionais de saúde e seus atributos individuais; ao contexto e às interações sociais; ao contexto organizacional e às influências dos fatores econômicos (GROL et al., 2013).

As *teorias relacionadas aos profissionais* referem-se a estudos do campo da psicologia comportamental que buscam explicar atitudes profissionais que interferem no processo de mudança, tais como: *as teorias cognitivas*, que estudam os mecanismos do pensar e agir dos profissionais; *as teorias educacionais*, que pesquisam as necessidades e processos de aprendizagem voltados para a mudança; e *as teorias motivacionais*, que se debruçam sobre as atitudes e intenções individuais durante o processo de mudança.

Já as *teorias baseadas no contexto e na interação social*, estudam elementos que interferem no processo de mudança: como as *teorias de comunicação*, que estudam como ocorre a disseminação da informação e os processos de comunicação nas organizações; as *teorias de aprendizado social*, que buscam explicar a influência dos fatores pessoais, comportamentais e contextuais no comportamento dos indivíduos; *teorias de influência e rede social*, que pesquisam a influência das redes sociais, cultura, inovações e lideranças nas organizações; *teorias de equipe*, que evidenciam aspectos do trabalho em equipe, para a realização das mudanças necessárias; *teorias de profissionalização*, sobre a atuação e autonomia dos profissionais e *teorias de liderança*, que estudam o envolvimento e o comprometimento dos líderes no processo de mudança.

As *teorias baseadas no contexto econômico* são duas: a *teoria econômica*, estuda a influência dos incentivos e recompensas no desempenho de atividades específicas; e as *teorias dos contratos*, que evidenciam os arranjos contratuais estabelecidos para a melhora da performance profissional e organizacional.

E, por fim, as *teorias baseadas no contexto organizacional*, incluindo: as *teorias de organizações inovadoras*, estudam como os elementos da organização podem contribuir na implementação de intervenções; as *teorias de gestão da qualidade*, descrevem aspectos da cultura, liderança, equipes e melhorias nos processos de trabalho para melhorias da qualidade na organização; *teorias de reengenharia* estruturando processos e fluxos eficientes para as organizações; *teorias da complexidade* que buscam compreender a interação entre o sistema de saúde e seus serviços, e a contribuição dos diferentes agentes; *teorias de aprendizado organizacional*, as quais estudam o processo de aprendizagem dentro das organizações; *teorias da cultura organizacional* como um importante requisito para mudanças nas organizações.

O uso e a combinação de elementos presentes nessas diferentes teorias fornecem bases para a escolha dos mecanismos de mudança, buscando explicar o processo de implementação da intervenção pretendida, seus elementos contextuais e as estratégias desenvolvidas.

Visando aplicar o conhecimento adquirido dessas teorias, vários autores realizaram revisões sistemáticas, sistematizando seus pressupostos em modelos teóricos, com destaque para alguns desses modelos: *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARiHS), o *Theoretical Domains Framework* (TDF), o *Model for Understanding Success in Quality* (MUSIQ) e o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR).

O *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARiHS) fornece um arcabouço teórico que identifica os elementos presentes no processo de implementação de uma intervenção, podendo ser utilizado por profissionais de saúde e pesquisadores, atuando como um instrumento que apoia o diagnóstico e a avaliação de intervenções implementadas. Considera que uma implementação bem-sucedida é o resultado de interações entre uma *evidência*, seja ela científica, clínica, experiências do paciente, e/ou informações locais; o *contexto*, ambiente onde a evidência será implementada, incluindo a cultura organizacional, liderança e mecanismos de monitoramento e avaliação; e como o *processo foi facilitado*, incluindo a atuação da liderança no processo de facilitação junto às suas equipes e suas reações em relação à intervenção - aceitação, compreensão da evidência, receptividade dos profissionais (KITSON et al., 2008).

O *Theoretical Domains Framework* (TDF) consiste em quatorze domínios teóricos – conhecimento, habilidade, identidade e função profissional/social, auto eficácia, crenças sobre

capacidade, crença sobre consequências, motivação, reforço, intenções, processo de decisão, contexto e recursos disponíveis, influência social, emoção, aspectos comportamentais e metas – que ajudam na investigação de problemas que possam interferir na implementação de intervenções, contribuindo assim para o alcance de melhores resultados. A construção desse modelo teórico teve como objetivo estudar os fatores presentes na intervenção, no intuito de aprimorá-los (CANE et al., 2012).

O *Model for Understanding Success in Quality* (MUSIQ) apresenta vinte e cinco fatores contextuais que podem interferir na implementação de melhorias de qualidade nos serviços de saúde. Esse modelo teórico aposta na identificação e correlação entre os fatores contextuais, atuando como elementos explicativos para uma efetiva implementação de uma intervenção (KAPLAN et al., 2012).

O *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) configura-se como um quadro conceitual construído a partir da revisão teórica de 19 estudos sobre intervenções de qualidade, apresentando um conjunto de elementos que permitem uma ampla visão de teorias e modelos relacionados à implementação de intervenções na saúde (DAMSCHRODER et al., 2009).

Consolida, padroniza e unifica constructos com base em diversas teorias de implementação publicadas, contribuindo para a realização de avaliações formativas das intervenções. Oferece um arcabouço teórico sistematizado através de cinco domínios: características da intervenção, contexto externo, contexto interno, características dos indivíduos e processo (DAMSCHRODER et al., 2009). Os domínios e seus referidos constructos estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Constructos do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

Constructos	Variáveis
Características da Intervenção	Origem da intervenção
	Força de evidências e qualidade
	Vantagem relativa
	Adaptabilidade
	Testagem
	Complexidade
	Qualidade do desenho
	Custos
Contexto Externo	Necessidades e recursos do paciente
	Cosmopolitanismo
	Pressão do grupo externo
	Políticas externas e incentivos
Contexto Interno	Características estruturais
	Redes e comunicações
	Cultura
	Clima de implementação
	Disponibilidade para implementação
Características dos indivíduos	Conhecimentos e crenças sobre a intervenção
	Auto eficácia
	Etapa individual da mudança
	Identificação individual com a organização
	Outros atributos pessoais
Processo	Planejamento
	Engajamento
	Executando
	Refletindo e avaliando

Fonte: Adaptado de CFIR Constructs, Damschroder et al. (2009).

O CFIR permite identificar elementos do contexto que podem auxiliar na implementação de melhorias na qualidade, antecipando informações relevantes aos gestores e pesquisadores para que o processo de implementação possa ser bem-sucedido, podendo ser utilizado em diferentes sistemas de saúde, incluindo os países em desenvolvimento (POWELL; PROCTOR; GLASS, 2014).

Pode ser utilizado antes da implementação de intervenções, identificando potenciais facilitadores e barreiras, como também durante o processo de implementação, acompanhando assim as influências desses fatores na intervenção e as ações adotadas, assim como no momento posterior à adoção da intervenção, buscando explicar os resultados encontrados e quais os

fatores contextuais implicados. Em todas as etapas o envolvimento dos indivíduos presentes nessas organizações se faz fundamental para uma maior efetividade e sucesso da intervenção.

A possibilidade que esse *framework* forneça para um estudo mais aprofundado dos elementos contextuais e suas interferências durante o processo de implementação de uma intervenção, motivaram a sua aplicação na construção metodológica desta tese, a qual pretendia compreender de uma forma mais abrangente os bastidores da implementação de uma intervenção em saúde, apostando na importância dos fatores contextuais durante todo esse processo.

2.1.1. A importância do contexto para melhorias de qualidade e segurança do paciente

Estudos de melhoria da qualidade geralmente são pobres na descrição de como as atividades foram pensadas e realizadas, quais os fatores do contexto envolvidos, assim como as bases teóricas utilizadas. A não identificação desses fatores aumenta o risco de que iniciativas implementadas possam se tornar uma imitação distorcida de outras realidades, sendo difícil compreender suas limitações (DIXON-WOODS et al., 2011).

Gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, precisam compreender não só os aspectos relacionados, como também a viabilidade de replicação das estratégias adotadas para o desenho e processo de implementação. Dentre os elementos presentes numa intervenção, cabe destacar o contexto e sua importância para explicar o processo de implementação, assim como os resultados obtidos.

Reconhecido em várias teorias organizacionais, o contexto pode ser considerado como o “porquê” e “como” uma mudança se preocupa com influências externas (ambiente econômico, social e político) e internas (recursos estruturais e materiais, dentre outros) que interferem na organização (PETTIGREW, 1992 apud ROBERT e FULOP, 2014). Os fatores contextuais são classificados em receptivos e não receptivos para a mudança, usando como referencial alguns fundamentos da psicologia comportamental. Contextos receptivos são definidos como situações em que as características do contexto parecem ser favoráveis ao processo de mudança. Já os contextos não-receptivos referem-se às condições que geram bloqueios ou resistências à mudança (PETTIGREW, 1992).

Os fatores contextuais podem também ser classificados em externos e internos. Os fatores contextuais externos definidos como aspectos externos à organização, tais como: as condições sociais, políticas, econômicas, culturais. E os internos podem ser considerados como os elementos presentes nas organizações dentre eles, os recursos disponíveis, sejam eles

materiais, financeiros e estruturais, a cultura da organização, os processos e atividades desenvolvidas (BATE, 2014).

Apesar das diferenças estabelecidas entre fatores externos e internos, a distinção entre esses fatores na organização nem sempre se faz de forma clara, pois os fatores possuem forte correlação entre si. Portanto, independentemente de sua classificação, recomenda-se a identificação dos elementos do contexto, buscando compreender a forma com que os mesmos interferem na organização, de modo a construir estratégias para sua potencialização e/ou enfrentamento para o sucesso da intervenção (ØVRETVEIT, 2011; PORTELA et al., 2016).

2.2. AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Na tentativa de compreender diferentes organizações, Mintzberg (2003) buscou estudar alguns de seus componentes – operadores para produção de bens e serviços; gerentes; especialistas técnicos que planejam o trabalho junto aos operadores; pessoal de apoio – e como eram formadas as coligações internas e externas na disputa pelo poder. Destacou ainda outros componentes que considera como parâmetros básicos que determinam a estrutura da organização, tais como: o grau de especialização das funções, a formalização do comportamento, o tipo de treinamento necessário, o sistema de planejamento e controle, o grau de centralização na tomada de decisões e fatores contingenciais. A partir da combinação destes componentes e dos mecanismos de coordenação, as organizações podem ser caracterizadas como configurações, ou seja, sistemas típicos de relações entre atributos básicos, tendo modos de funcionamento e problemas específicos, podendo ser classificadas como: empreendedoras, mecanicistas, profissionais, diversificadas, inovadoras, missionárias ou políticas.

No caso das organizações de saúde, o autor as caracteriza como uma configuração profissional, pois o trabalho de produção exige qualificações de alto nível, não se adequando à formalização. O mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações, sendo o saber e as habilidades, formalizadas através do processo de formação e as normas definidas por associações profissionais.

A complexidade das organizações de saúde se justifica por conta das contradições existentes entre a autonomia dos trabalhadores e a necessidade de coordenação das ações, dando ênfase à tensão entre controle versus autonomia no seu processo de gestão (CECÍLIO; MERHY, 1999). Isto traz dificuldades de coordenação dos processos de trabalho e também na adesão dos profissionais ao objetivo da organização, além de levantar questões relativas à flexibilidade das normas profissionais e atuação das respectivas entidades de classe. As características aqui descritas acentuam-se nas organizações públicas, em função de uma dependência maior do

ambiente sócio-político, influenciada por autoridades externas, o que leva à burocratização e à centralização da tomada de decisão.

Dentre os serviços de saúde mais complexos, destaque para o hospital, organização composta por diferentes profissionais e interesses, que provê serviço de saúde complexo, altamente qualificado e especializado, desenvolvido por diferentes categorias profissionais e com resultados de difícil mensuração.

Com grande reconhecimento social, o hospital também possui um papel importante na formação das categorias profissionais de saúde (MINTZBERG, 1995; GOUVÊA, TRAVASSOS, 2010). Repercute e traduz nas suas escolhas políticas, as orientações políticas gerais, adaptando-se às mudanças políticas e econômicas da sociedade, refletindo em seu meio as relações de força entre os grupos detentores das principais formas de poder social, constituindo assim um espaço de ação de grupos, cujos fins, legitimidade e quadros de referência não se localizam apenas no hospital (CARAPINHEIRO, 1998).

Equipamento de saúde que vem se modificando ao longo dos anos, o hospital passou a adotar uma série de estratégias com vistas a cumprir um novo papel no sistema de saúde, buscando desenvolver práticas de cuidado com qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos (FEUERWERKER e CECÍLIO, 2007).

Através da combinação de diferentes tecnologias e ações de humanização, visando garantir maior autonomia ao paciente no seu processo de cuidado, buscando atuar como um polo da saúde e não da doença (CECÍLIO; MERHY, 2003).

2.2.1. O Hospital Universitário

Importante organização de cuidados de saúde, o hospital universitário constitui-se em centro formador de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias, atuando como um serviço de referência da atenção à saúde para a alta complexidade, inserido e integrado em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

O hospital universitário possui algumas características que o distinguem dos outros serviços de saúde, tais como o prolongamento de um estabelecimento de ensino, como uma faculdade de medicina, por exemplo; a atuação como centro de treinamento universitário na área da saúde e como hospital de ensino, prestando assistência de maior complexidade à sociedade (MÉDICI, 2001). Contribuindo de forma significativa na assistência de alta complexidade nos estados onde se localizam, os hospitais universitários cumprem também um papel importante para a educação permanente dos profissionais de saúde (VECINA NETO;

MALIK, 2007).

Para além das atribuições já descritas, os hospitais universitários dispõem de infraestrutura para a realização de pesquisa básica e clínica, além de se integrarem aos sistemas locorregionais de saúde na condição de complexos hospitalares, ao incorporarem novos serviços e procedimentos (MACHADO; SUCHENBECKER, 2007).

Devido às peculiaridades e complexidade dos hospitais universitários, assim como os seus custos crescentes, têm demandado novas alternativas para sua sustentabilidade, dentre elas a criação, via portaria interministerial GM/MS nº 1.702/2004, do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS. A partir de algumas premissas – relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), modelos organizacionais e de gestão, financiamento e gestão participativa – foi criado um novo modelo para os hospitais universitários e outros hospitais credenciados, que passaram a ser certificados pelos Ministérios da Educação e da Saúde como hospitais de ensino.

Através de um conjunto de critérios técnicos, esta certificação trouxe novos incentivos financeiros, a partir de uma contratualização de metas junto ao gestor local do SUS, fortalecendo e ampliando a remuneração dos procedimentos de média e alta complexidade, junto aos sistemas de informação de saúde. As metas contratualizadas eram acompanhadas de indicadores das áreas de atenção à saúde, ensino, pesquisa e gestão, cabendo ao conselho gestor do hospital e/ou comissão permanente, o acompanhamento de seus resultados (BRASIL, 2004).

Mesmo com o aporte de novos recursos financeiros, estes ainda eram insuficientes frente às inúmeras dificuldades, a começar pelas deficiências estruturais, dificuldades de renovação do parque tecnológico, descontinuidades de materiais e insumos estratégicos para procedimentos especializados, mas principalmente pela insuficiência de profissionais. A ausência de concursos por parte do MEC, a defasagem salarial dos servidores concursados e a impossibilidade de contratação de novos profissionais, geraram um importante déficit no quadro de pessoal (RIBEIRO et al., 2010).

Toda essa problemática impactou diretamente no fechamento de leitos, reduzindo a oferta de serviços à população, principalmente no caso de procedimentos de alta complexidade. Na busca por alternativas, foram realizadas por alguns hospitais a terceirização de profissionais, situação considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União (SODRÉ et al., 2013).

Diante do cenário descrito, surge uma nova alternativa para os hospitais universitários, a mudança do modelo jurídico através de empresas públicas através da celebração de contratos junto aos hospitais universitários, pautados em metas de desempenho, indicadores e prazos a serem executados. Dentre as metas estabelecidas, destaque para a implementação dos núcleos de segurança do paciente nos hospitais contratualizados, materializado no “Plano de Segurança

do Paciente em Serviços de Saúde e Gestão de Riscos”, este que deve nortear as ações institucionais, dentre elas a adoção das metas internacionais de segurança do paciente, envolvendo os profissionais de saúde para a sua efetiva implementação (BRASIL, 2014).

2.3. ESTUDANDO A INTERVENÇÃO: O CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O centro cirúrgico é um ambiente complexo, dotado de equipamentos modernos e profissionais especializados, desenvolvendo uma assistência técnica, de alto risco e altamente crítica com vistas à melhora das condições clínicas dos pacientes ali atendidos. Contribui para o aumento da remuneração do hospital, público ou privado, em função dos valores faturados via tabelas de remuneração (PASCHOAL, 2009).

Na constituição da linha de cuidado cirúrgico, as atividades do centro cirúrgico integram-se a processos que perpassam ambulatório, internação e unidades críticas, com fluxos estabelecidos, no intuito de propiciar ao paciente o atendimento de suas necessidades antes, durante e após a cirurgia, envolvendo diversos profissionais (LAMB, 2000; KREISCHER, 2007).

A sala cirúrgica aporta processos passíveis de gerar, com frequência, incidentes (JOAQUIM, 2005; FRAGATA, 2010; MANRIQUE et al., 2015). Esses incidentes podem ocorrer, seja por falhas no trabalho das equipes cirúrgicas, pela complexidade dos procedimentos, pelo trabalho sob tensão, ou por problemas de comunicação, afetando o processo esperado de cuidado ao paciente.

Num estudo desenvolvido por Weller e Boyd (2014) sobre seis procedimentos cirúrgicos realizados, foram observadas falhas de comunicação, a cada 8 minutos, que poderiam comprometer ou gerar problemas nas cirurgias. Além das falhas da comunicação, outros fatores, como fatores humanos e da equipe, fatores organizacionais, complexidade das tarefas, influências do ambiente e o mero acaso, podem comprometer o processo cirúrgico, provocando desde pequenas alterações no fluxo operatório até complicações graves, gerando danos irreversíveis ao paciente (FRAGATA, 2010).

No intuito de garantir um cuidado cirúrgico seguro aos pacientes, foi lançado pela OMS em 2009 o desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, dotado de um conjunto de fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, com vistas à adoção de práticas mais seguras nas intervenções cirúrgicas. Nesta publicação foram reunidas práticas de segurança consagradas pela literatura internacional, assim como recomendações a serem desenvolvidas, todas validadas através de consulta pública por especialistas de diversos países (WEISER et al., 2010) materializados em

dez objetivos básicos: (1) paciente certo e local cirúrgico certo; (2) uso adequado de anestésicos para alívio da dor; (3) cuidados quanto a vias aéreas ou função respiratória que ameacem a vida; (4) atenção a riscos de grandes perdas sanguíneas; (5) atenção quanto ao uso de drogas que possam causar reação adversa ou alérgica ao paciente; (6) práticas de prevenção a infecções no sítio cirúrgico; (7) atenção quanto a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas operatórias; (8) atenção a todos os espécimes cirúrgicos; (9) comunicação da equipe quanto a informações críticas para a condução segura da cirurgia; (10) ações de vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Dentre as alternativas de qualidade do cuidado cirúrgico destaque para o Checklist de Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde (OMS). Baseado na experiência da aviação foi desenvolvido no intuito de garantir maior segurança nos procedimentos realizados. O instrumento é composto por 19 itens, onde os itens de verificação foram agrupados em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica, antes da saída do paciente da sala de operações. Na figura 1, apresenta-se uma versão traduzida em português do checklist cirúrgico dispondo dos momentos a serem verificados, assim como os itens de verificação a serem observados em cada procedimento cirúrgico.

Figura 1 - Lista de Verificação de segurança cirúrgica (primeira edição)

Lista de verificação de segurança cirúrgica (primeira edição)		
Antes de indução anestésica	Antes de incisão	Antes de o paciente sair de sala de operações
Entrada <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente confirmou <ul style="list-style-type: none"> • Identidade • Sítio cirúrgico • Procedimento • Consentimento <input type="checkbox"/> Sítio demarcado/não se aplica <input type="checkbox"/> Verificação de segurança Anestésica concluída <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e Em funcionamento O paciente possui: <ul style="list-style-type: none"> Alergia conhecida? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM Via aérea difícil/risco de aspiração? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e equipamento/assistência disponíveis Risco de perda sanguínea > 500 ML (7 ML/KG em crianças)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos 	Pausa cirúrgica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função <input type="checkbox"/> Cirurgião, anestesiolista e enfermeiro confirmam verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Sítio cirúrgico • Procedimento Eventos críticos previstos <ul style="list-style-type: none"> Revisão do cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista? Revisão da equipe de anestesia: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente? Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização? (incluindo resultados do indicador)? há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? A profilaxia antimicrobiana FOI realizada nos últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica As imagens essenciais estão disponíveis? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica 	Saída <ul style="list-style-type: none"> O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirmam verbalmente com a equipe: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento registrado <input type="checkbox"/> Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas (ou não se aplicam) <input type="checkbox"/> Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente) <input type="checkbox"/> Se há algum problema com equipamento para ser resolvido O cirurgião, o anestesiolista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente <p style="text-align: right;">_____ Assinatura</p>

Esta lista de verificação não tem a intenção de ser abrangente. Acréscimos e modificações para adaptação à prática local são recomendados.

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2009.

Tem como proposta apresentar os itens de verificação necessários para a assistência cirúrgica dentro da sala operatória, lembrando aos profissionais da equipe cirúrgica pontos importantes para a segurança do paciente e, assim, atuando como uma barreira para evitar falhas humanas e contribuir para a criação/manutenção de uma cultura de segurança. Instrumento autoexplicativo, o checklist deve ser conduzido por um dos membros da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista, enfermeiro, circulante) que deve ler e confirmar junto aos membros da equipe cada um dos itens, tendo autonomia para interromper o procedimento cirúrgico quando um dos itens não estiver em conformidade (OMS, 2009).

No Brasil, o checklist de cirurgia segura é uma das práticas de segurança do paciente que fazem parte o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013a). Dentre as normativas publicadas a partir do PNSP cabe destacar as portarias GM/MS nº 1377/2013 e nº 2.095/2013, que aprovam os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, dentre eles o protocolo de cirurgia segura, a serem implementados em todos os serviços de

saúde brasileiros, independente da sua complexidade e natureza, em setores onde sejam realizados procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos invasivos (BRASIL, 2013b).

Cabe enfatizar que o checklist não tem como proposta substituir a tomada de decisão dos profissionais de saúde e sim atuar como um apoio, um lembrete, ao identificar atividades e procedimentos que devem ser realizados durante todo o período operatório (WEISER et al., 2010).

Estudos internacionais e nacionais apontam inúmeros benefícios obtidos a partir da implementação do checklist cirúrgico, tais como: redução de erros e complicações cirúrgicas, redução da mortalidade pós-cirúrgica, proporcionando assim, uma maior segurança ao paciente (RUSS et al., 2013; TANG et al., 2014; TREADWELL et al., 2014; GOMES et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

Outros benefícios referem-se à maior participação e corresponsabilização dos membros da equipe cirúrgica a partir da sua utilização, estimulando a apresentação dos membros da equipe, o compartilhamento de informações sobre o paciente e procedimentos realizados/a realizar, assim como a antecipação de passos posteriores do processo de cuidado (RUSS et al., 2013, TREADWELL et al., 2014).

O checklist pode contribuir também para o plano terapêutico dos pacientes. Weiser et al. (2010), ao estudar os benefícios do checklist, verificaram que em hospitais que incluíram aspectos do cuidado contidos nos itens de verificação do checklist de cirurgia segura na assistência ao paciente, tiveram melhores resultados pós-cirúrgicos, o que fortalece a evidência que o checklist associado a outras práticas assistenciais contribuem para a cirurgia segura.

Apesar do reconhecimento dos efeitos benéficos do checklist cirúrgico e sua contribuição para a promoção de uma cultura de segurança no centro cirúrgico, foram encontrados em estudos uma baixa conformidade quanto ao preenchimento adequado do checklist cirúrgico, apontando para a necessidade de novos estudos que aprofundem os motivos da baixa adesão ao instrumento (WEISER et al., 2010; FREITAS et al., 2014; WELLER e BOYD, 2014).

2.3.1. O processo de implementação do checklist

O processo de implementação do checklist cirúrgico vai além da conferência dos itens de verificação, incluindo a comunicação verbal entre os profissionais, o estabelecimento das relações interprofissionais e a adoção de processos educativos para sensibilização das equipes cirúrgicas, como também para o próprio paciente que receberá a intervenção cirúrgica (OMS, 2009).

Ferramenta importante para melhora do cuidado cirúrgico, a implementação isolada do checklist de cirurgia segura, não assegura melhorias na segurança do paciente, tendo necessidade de outras estratégias agregadas, tais como: envolvimento da equipe cirúrgica, treinamento adequado dos profissionais, além de uma estrutura que estimule o trabalho em equipe, bem como uma cultura comprometida com a segurança do paciente (WELLER e BOYD, 2014).

O checklist requer adaptações nas relações, no ambiente de trabalho e até no próprio instrumento, para sua efetiva implementação (ZEGERS et al., 2011). Necessita, portanto, da adaptação do instrumento ao contexto social da organização, incluindo nesse processo a customização da ferramenta, o planejamento, além do treinamento de todos os membros das equipes e serviços envolvidos.

Ao estudar o processo de implementação do checklist em hospitais da Suíça, Mascherek et al. (2013) apresentam uma experiência exitosa na implementação do instrumento, resultando em maior conhecimento e adesão da equipe cirúrgica e efeitos benéficos para o paciente. Adicionalmente, os autores buscaram correlacionar o status de profissionais de saúde e o grau de satisfação em relação à implementação do checklist, constatando que a satisfação é diretamente proporcional à posição do profissional. Profissionais mais influentes possuem maior controle do processo decisório tendo, portanto, maior satisfação com a implementação do checklist. Entretanto os autores recomendam a realização de mais estudos que possam aprofundar melhor essa relação.

Suas estratégias de implementação são de baixo custo e podem produzir melhores resultados quando incluem o uso de cartazes, lembretes, divulgação e capacitação, ações que redundam em retornos positivos para a equipe cirúrgica (TREADWELL et al., 2014).

Diversos autores identificam um conjunto de elementos que podem facilitar uma maior adesão ao checklist de cirurgia segura, além do treinamento, liderança do serviço comprometida, apoio da gestão central, sentimento de apropriação do instrumento pela equipe, processo de aplicação gradual nos hospitais com devolutiva para as equipes, seguido de monitoramento contínuo (TREADWELL et al., 2014; WELLER e BOYD, 2014). Cabe ainda destacar, a necessidade de ações que propiciem maior motivação à equipe, incluindo a informação exaustiva e mais abrangente possível ao longo de todo o processo de implementação do checklist cirúrgico (MASCHEREK et al., 2013).

Diversos estudos (KAPLAN et al., 2010; WEISER et al., 2010; RUSS et al., 2013; HAYNES et al., 2014; TREADWELL et al., 2014) destacam ainda a importância de considerar o contexto da organização, incluindo como fatores desse contexto, o papel do ambiente, a

cultura da organização e a presença de outras iniciativas de qualidade. A partir do reconhecimento desses fatores os autores propõem estudar, de que forma os mesmos podem facilitar ou limitar a implementação do checklist.

No estudo realizado por Aveling et al. (2013) em três hospitais universitários, dois localizados no Reino Unido e um em país africano, os autores relatam a experiência de implementação do checklist em dois contextos distintos. Ao estudar a realidade africana, os autores destacam a variabilidade na completude do preenchimento do checklist, assinalado sem a apresentação da equipe, sem a solicitação de informações aos demais membros ou até sem a realização das atividades checadas. Também apontam o preenchimento do checklist antes da conclusão do ato cirúrgico, na maioria dos casos, sem correlação com os procedimentos realizados, o que o faz inútil. Ao buscar explicar os achados, identificaram, dentre outros fatores, a diferença hierárquica entre os profissionais da equipe cirúrgica, como enfermeiras, em sua maioria, do sexo feminino, jovens e de comportamento respeitoso, e até submisso aos cirurgiões, e estes, homens, com maior formação e posição hierárquica, e forte influência sobre a equipe cirúrgica.

Reforçando essa ideia, Russ et al. (2013), destacam a importância da cultura de segurança para melhor adesão do checklist cirúrgico, proporcionando à equipe o que o autor denomina “verdadeiro espírito”, ou seja, a implementação do instrumento para além de um preenchimento burocrático. O checklist mal preenchido ou a baixa adesão da sua implementação, podem ainda gerar efeitos negativos como, por exemplo, a sensação de falsa segurança ao adotar procedimentos mecanizados para o preenchimento do instrumento. Ou ainda, ser visto como uma ferramenta burocrática, fiscalizatória, acentuando diferenças hierárquicas entre a equipe multiprofissional, podendo levar até a geração de conflitos entre os profissionais.

Considerando barreiras no processo de implementação do checklist de cirurgia segura, Treadwell et al. (2014), destacaram algumas questões importantes, dentre as quais, certa confusão da equipe cirúrgica sobre aspectos práticos do checklist, não reconhecendo a sua aplicabilidade ou efetividade. Evidenciaram ainda que, sendo o checklist implementado em conjunto com outras medidas, fica difícil avaliar sua efetividade isoladamente, já que o sucesso da intervenção pode ser explicado por diversos fatores.

Portanto, para o sucesso da intervenção faz-se necessária a identificação e compreensão de múltiplos fatores durante todo o processo de implementação do checklist, tais como: relações da equipe multidisciplinar, infraestrutura, recursos tecnológicos e financeiros, ambiente de trabalho e a cultura de segurança no serviço de saúde (RUSS et al., 2013).

No Brasil, o checklist cirúrgico encontra-se em processo de implementação em diversos serviços de saúde, tendo ainda poucos estudos publicados quanto ao processo de adesão e resultados já obtidos. Dentre os poucos estudos realizados, um que merece atenção foi o desenvolvido por Freitas et al. (2014), que teve como proposta avaliar a adesão ao checklist de cirurgia segura nas cirurgias urológicas e ginecológicas de dois hospitais de ensino no Rio Grande do Norte/Brasil. Os autores encontraram resultados de adesão ao checklist inferiores a outros estudos internacionais, tanto na adesão ao instrumento, 60,5% no estudo nacional versus os estudos realizados na Espanha -83,3%, na Inglaterra -96,9% e no Canadá - 92%, quanto em relação ao preenchimento adequado -3,5% no estudo nacional versus 27,8% na Espanha.

Ao analisar a adesão do checklist pelos serviços foi observada uma diferença significativa entre a maternidade, com 93,9% de adesão e o hospital geral, com 16,6% de adesão. Apesar da baixa adesão verificada, o hospital geral apresentou melhores resultados quanto ao preenchimento – sete itens preenchidos em todos os checklists com falhas de preenchimento concentradas em momentos específicos. Já na maternidade foram verificadas falhas em todos os itens. Na tentativa de buscar explicações para tal fato, os autores correlacionaram os resultados ao processo de implementação nas duas unidades. Na maternidade, local de maior adesão, a direção da unidade optou por empregar sistematicamente o checklist em todos os procedimentos, entretanto, não houve ações educativas suficientes para capacitar e sensibilizar a equipe, fato este que vem justificar o mau preenchimento do instrumento. Já no hospital geral, o processo de implementação se deu de forma negociada, com adesão de serviços voluntários, o que gerou um melhor preenchimento, mas, em contrapartida uma baixa adesão. As inferências realizadas reforçam a importância de um conjunto de estratégias – normativas, educacionais e motivacionais, para um processo mais adequado de implementação do checklist (FREITAS et al., 2014).

Entender o papel desempenhado pelo contexto na implementação de intervenções para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde, tem sido colocado como central não somente para antecipar questões relevantes para o desenho das intervenções, como também para explicar o seu sucesso ou insucesso. Intervenções bem-sucedidas em certos contextos podem apresentar resultados decepcionantes em outros contextos, o que é bem exemplificado pela implementação de uma intervenção voltada para a redução de infecções da corrente sanguínea associada a cateteres venosos centrais em unidades de tratamento intensivo em Michigan (EUA), com resultados muito positivos, e tentativa de reproduzi-los na Inglaterra (PROVONOST et al., 2006; DIXON-WOODS et al., 2011, 2013).

Em um estudo de coorte colaborativo em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de 67

hospitais localizados em Michigan/EUA, realizado em 2006 por Provonost et al. (2006), os autores demonstraram que a utilização de checklist para a inserção do cateter venoso central, juntamente com medidas de fortalecimento do trabalho em equipe, provocou uma redução significativa de 66% nas Taxas de Infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC-BSIs), que foi mantida durante todo o período de estudo de 18 meses. Além da redução do número de infecções, as medidas adotadas também contribuíram para a redução de morbidades, impactando positivamente a redução dos custos dos cuidados associados, sendo recomendada a ampla utilização dessas práticas em outros hospitais.

Os resultados positivos evidenciados por Provonost em Michigan, permitiram a realização de um novo estudo elaborado por Dixon-Woods et al. (2011) que elaborou uma teoria expost sobre a intervenção, a partir da identificação dos líderes de mudança e aprendizagem do referido programa, incluindo contribuições teóricas dos cientistas sociais no intuito de sintetizar e elaborar uma teoria atualizada capaz de explicar como se deu a intervenção. Com base no método descrito, os autores constataram que o projeto Michigan atingiu os seus efeitos através de: pressões isomórficas para participação das UTIs no programa; criação de uma comunidade, em rede, que exerceu pressões normativas sobre os membros; ressignificação do CVC-BSIs como um problema social; uma cultura de compromisso de boas práticas, a partir de diferentes intervenções; a obtenção de dados como uma força disciplinar; e a utilização de "arestas duras", tais como sanções aos participantes do projeto, e em casos extremos até o desligamento do hospital como integrante do programa.

Numa tentativa de replicar o estudo em outra realidade, Dixon-Woods et al., 2013 realizaram um estudo etnográfico sobre o programa *Matching Michigan*, liderado pela *National Patient Safety Agency* (NPSA) [Agência de Segurança do Paciente Nacional do Reino Unido] recrutando mais de 200 UTIs na Inglaterra, com o objetivo de reduzir as infecções associadas ao uso de cateter central.

O estudo teve como objetivo, explicar os resultados encontrados na Inglaterra, inferiores ao programa original o *Explaining Michigan* desenvolvido nos EUA. Como resultados encontrados, cabe destacar a forte influência do contexto externo e interno. O contexto externo incluía os esforços anteriores com objetivo de lidar com infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC-BSIs) sobrepostas pelas políticas nacionais de controle, uma vez que as ações do programa foram percebidas por alguns como centralizadoras e punitiva, minando o engajamento ao programa, dificultando o envolvimento dos participantes.

Em relação aos fatores internos, observou-se que as histórias individuais das UTI's e o contexto local foram decorrentes das experiências anteriores de melhoria da qualidade, tais

como, o desenvolvimento de informação de alta qualidade e sistemas de monitoramento, o sucesso dos líderes locais no desenvolvimento do consenso e as alianças estabelecidas. Isto, em conjunto com os contextos em que foi introduzido, ajuda a explicar, tanto a queda dos resultados, quanto seu aparente insucesso, cabendo novos estudos sobre a importância de intervenções técnicas distintas de estratégias de implementação, bem como a necessidade de atenção aos contextos em que os programas de melhoria são introduzidos para que possam oferecer o máximo benefício para pacientes (DIXON-WOODS et al., 2013).

3. MÉTODO

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Considerando o objeto da tese, o estudo do contexto de dois hospitais universitários para a implementação do checklist de cirurgia segura, escolheu-se a abordagem qualitativa como método de estudo, por compreender a sua importância no estudo de significados, valores e atitudes, construídos a partir da relação com o indivíduo, através de diferentes estratégias de investigação, coleta e análise de informações (MINAYO, 2001; CRESWELL, 2007).

A partir da elaboração e compreensão das interações, a pesquisa qualitativa busca compreender o fenômeno, com base na escuta e análise dos discursos dos sujeitos de pesquisa, construindo assim realidades e perspectivas (FLICK, 2009). Esta tese utilizou-se de entrevistas semiestruturadas nos dois hospitais envolvidos no processo de implementação do checklist.

A escolha das entrevistas semiestruturadas vislumbrou a utilização de questões específicas que os entrevistados pudessem responder informalmente, sem ordenamento prévio, facilitando assim a exploração de outros elementos (LUDWIG, 2008).

3.2. CAMPOS DA PESQUISA

3.2.1. O Hospital Perseverança

Localizado na região Sudeste, o Hospital universitário dispõe de 44 mil m² de área construída, dispondo de unidades de internação, serviços ambulatoriais e setores de apoio. O Hospital geral, presta assistência de média e alta complexidade, dispondo de 274 salas ambulatoriais, 11 salas cirúrgicas e 439 leitos ativos.

Importante unidade de ensino e pesquisa, o Hospital é um importante campo de práticas para formação de diversos cursos: biologia, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia, tanto na graduação, como nos cursos lato sensu e stricto sensu.

Seu quadro funcional é composto por 4069 profissionais, divididos entre pessoal de nível superior, médio, de apoio, contando com alguns serviços de apoio terceirizados (SCNES, 2016).

Em relação às iniciativas de qualidade, o hospital é credenciado como hospital sentinela, possuindo um núcleo de segurança do paciente formalizado, com plano de segurança do paciente estruturado e em curso com vistas à implementação das metas de segurança da OMS e demais ações de melhoria do cuidado e segurança do paciente.

3.2.2. O Hospital Renovação

Localizado na região Nordeste, o Hospital universitário possui uma área de 31.569,45 m², dividido em unidades de internação e serviço ambulatorial. O Hospital geral, dispõe de 84 salas ambulatoriais, 12 salas cirúrgicas, além de 179 leitos ativos. Presta assistência de média e alta complexidade, dispondo das seguintes especialidades: clínica médica, angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, nefrologia, reumatologia, pneumologia, otorrinolaringologia, urologia, neurologia, hematologia, pneumologia, cirurgia vascular, cardíaca, geral, transplante hepático e renal, neurocirurgia e cirurgia torácica, como também, serviços de laboratório, radiologia e demais exames de alta complexidade.

Vinculado ao Ministério da Educação e Cultura do Brasil (MEC), o Hospital também atua como hospital de referência no Estado onde se localiza, desempenhando importante papel no ensino. Atua como campo de formação, tanto para os cursos de saúde, como para os cursos de administração e contabilidade, além de dispor de programas de residência uni e multiprofissional na área da saúde.

Seu quadro funcional é composto por 1.738 profissionais cadastrados no SCNES, divididos entre pessoal de nível superior, médio, de apoio, contando com alguns serviços de apoio terceirizados.

Em relação às iniciativas de qualidade, o Hospital é credenciado como hospital sentinela, possui núcleo de segurança do paciente formalizado, desenvolvendo diversas ações para implementação das metas de segurança da OMS.

No ano de 2013, o Hospital universitário mudou seu regime jurídico, sendo administrado desde então por uma empresa pública.

3.3 ETAPAS DA PESQUISA: O CONTEXTO E AS ETAPAS DA INTERVENÇÃO

Esta tese foi desenvolvida em duas etapas: *um primeiro momento* anterior à implementação do checklist de cirurgia segura, identificando os fatores do contexto que poderiam interferir no desenho da intervenção; e *um segundo momento* durante o processo de implementação, compreendendo a influência dos fatores contextuais na intervenção, além das estratégias adotadas pelos hospitais estudados.

3.3.1. Primeiro momento: Antecipando a intervenção do checklist de cirurgia segura

Realizado no momento anterior ao início da intervenção, nos dois hospitais universitários participantes do projeto, no período de junho a setembro de 2015, esta etapa foi

a primeira aproximação com os hospitais, tendo envolvido algumas atividades anteriores às entrevistas, tais como: visitas técnicas aos serviços selecionados para o projeto, participação em reuniões e conversas informais junto às lideranças.

Foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais de saúde para conhecer estratégias de gestão implementadas nos dois hospitais, principalmente as de melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente. Também se fazia necessário conhecer melhor os profissionais envolvidos com a intervenção, seu conhecimento sobre o checklist e suas propostas para o processo de implementação. Assim, foram entrevistados trinta profissionais nos dois hospitais universitários, a partir de roteiros semiestruturados, um para os profissionais de saúde (Apêndice A), outro para os gestores (Apêndice B), todos com consentimento prévio (Apêndice D).

Os sujeitos da pesquisa escolhidos, foram lideranças formais e informais envolvidas no processo de implementação do checklist de cirurgia segura: (i) profissionais de saúde que atuavam no centro cirúrgico – anestesistas, cirurgiões, enfermeiros, técnicos de enfermagem; (ii) profissionais de saúde que atuavam em outros serviços do hospital com interfaces com o centro cirúrgico – clínicas cirúrgicas, núcleo de segurança do paciente, planejamento; e (iii) gestores – coordenação da clínica cirúrgica, direção geral e direção médica.

3.3.2. Segundo momento: O processo de implementação do checklist de cirurgia segura

A segunda fase da pesquisa ocorreu durante o processo de implementação do checklist cirúrgico nos dois hospitais, durante os meses de abril e maio de 2017, com o objetivo de identificar e compreender os fatores contextuais que influenciaram no processo de implementação, além das estratégias adotadas para mitigar ou potencializar os elementos identificados nos hospitais.

Nesta etapa estavam previstas a realização de dois grupos focais com os comitês de implementação do checklist de cirurgia segura. Compostos por profissionais de saúde que atuavam no centro cirúrgico e outras áreas, NSP, CCIH, Planejamento e Direção, esses comitês faziam parte da intervenção e tinham como proposta a construção de estratégias para a implementação do instrumento no hospital.

Entretanto, não foi possível construir uma agenda comum entre os integrantes de cada comitê, inviabilizando assim a realização dos grupos focais. Ao abordar alguns entrevistados para a construção dessa agenda, percebeu-se a preferência pelas entrevistas individualizadas, justificada pela comodidade e privacidade, possibilitando abordar aspectos do processo de

trabalho e demais questões. Optou-se então pela realização de novas entrevistas individuais, mantendo os temas centrais previstos para discussão pelos grupos focais: percepções do processo de implementação do checklist, estratégias adotadas e interações entre o contexto e a intervenção.

Os sujeitos do estudo nesta segunda fase, foram os profissionais de saúde integrantes do comitê de implementação do checklist, assim como outros profissionais atuantes na intervenção, totalizando a realização de 20 entrevistas individualizadas.

Também foram realizadas observações nos dois hospitais, no intuito de identificar aspectos do processo de implementação no centro cirúrgico e nas atividades realizadas pelos membros do comitê de implementação.

Durante a realização do trabalho de campo, algumas dificuldades estiveram presentes nos hospitais, sendo mitigadas de forma diferente. Em função da distância, o acompanhamento do processo de implementação no Hospital Renovação se deu de forma mais concentrada, com visitas periódicas ao hospital, com duração de três dias por visita, numa média de 12 horas/dia de trabalho de campo. No caso do Hospital Perseverança, esperava-se que o acompanhamento fosse mais linear, com mais visitas ao campo. Entretanto, com o agravamento de uma crise, várias entrevistas foram desmarcadas repetidas vezes, dificultando a finalização do processo.

3.3.3. Devolutivas dos resultados para os hospitais e desdobramentos futuros

Após a conclusão do primeiro momento da pesquisa, os achados foram analisados e apresentados aos hospitais no intuito de contribuir para o processo de implementação. As devolutivas foram realizadas nas reuniões dos comitês de implementação do checklist nos dois hospitais. Já no segundo momento foi possível fazer uma breve síntese dos resultados na reunião do comitê do Hospital Renovação, estando previstos pós a defesa novas apresentações aos dois hospitais.

Os resultados parciais desta tese foram apresentados no Congresso Internacional de Qualidade em serviços e sistemas de saúde (Qualihosp) em maio de 2017. Após a defesa da tese pretende-se elaborar artigos científicos, assim como apresentar em outros eventos científicos, os principais resultados encontrados.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

As entrevistas realizadas nas duas fases da pesquisa foram transcritas na íntegra, optando-se pela análise de conteúdo como procedimento para o tratamento dos resultados.

Proposta por Bardin (2009), essa técnica compreende uma análise sistemática e objetiva das comunicações, inferindo conhecimentos a partir do conteúdo do discurso dos sujeitos de pesquisa.

As falas dos entrevistados foram classificadas de acordo com as categorias analíticas construídas com base no modelo teórico *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR). Validado por Flick (2009), o uso de categorias pré-estabelecidas é um procedimento clássico para análise do material textual que pode ser obtida a partir de modelos teóricos, e revisado ao longo do processo de análise.

Os discursos previamente categorizados foram inseridos no software NVivo® versão 10 para indexação e sistematização. O software NVivo® auxilia na categorização das informações qualitativas, sendo um programa reconhecido e utilizado internacionalmente, contribuindo na análise de dados, através da indexação e organização das categorias, permitindo múltiplas análises e inferências, num menor período de tempo que os métodos manuais (FLICK, 2009; TEIXEIRA, 2009).

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em consonância à resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A tese foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e aprovada com o Parecer nº 1.603.703 como subprojeto do Projeto de Pesquisa “*Desenvolvimento e avaliação de uma estratégia para a implementação do checklist de cirurgia segura da OMS*”, Parecer nº 1.112.410.

Durante as atividades realizadas nos campos de estudo, foram mantidos o anonimato dos sujeitos de pesquisa, e omitidas quaisquer informações pessoais, como também trechos dos relatos que pudessem identificar os profissionais de saúde entrevistados. Os áudios e as transcrições das entrevistas foram armazenados em local seguro, sendo todas as falas identificadas a partir de pseudônimos. Os dados coletados foram utilizados de forma restrita apenas pela equipe de pesquisa, sendo apresentados aos hospitais apenas os resultados consolidados.

4. CONTEXTO DOS HOSPITAIS ANTES DA INTERVENÇÃO

Este capítulo traz os principais resultados da pesquisa acerca do contexto vigente nos hospitais universitários antes da implementação do checklist de cirurgia segura, visando a apreender elementos relevantes para o desenho da intervenção a ser realizada. Corresponde ao primeiro objetivo específico desta tese.

Partindo do pressuposto que reconhecer fatores contextuais é de fundamental importância para a efetiva implementação de intervenções nas organizações (WEISER et al., 2010; HAYNES et al., 2014; RUSS, 2014; TREADWELL, 2014), este capítulo apresenta percepções dos profissionais de saúde e gestores, que indicam elementos passíveis de interferência na implementação do checklist da cirurgia segura e estratégias para potencializar ou mitigar seus efeitos.

Foram ouvidas lideranças dos hospitais que atuavam nos seguintes setores/serviços: direção, planejamento, administração, qualidade, segurança do paciente, centro cirúrgico, comissão de infecção hospitalar, clínicas cirúrgicas, dentre outros, totalizando a realização de 30 entrevistas semiestruturadas individuais. As entrevistas foram orientadas a partir de elementos teóricos que fundamentam a implementação de intervenções em organizações de saúde, tendo a seguinte questão central norteadora: quais os fatores existentes na organização que podem influenciar a implementação do checklist de cirurgia segura?

Este momento da pesquisa, também foi um momento exploratório, a primeira aproximação estruturada da pesquisa de campo junto às lideranças. Portanto, mais que reconhecer os fatores da intervenção, era importante conhecer seu perfil e percepções em relação ao contexto do hospital de uma forma mais ampla, pensando em como identificar e atuar não tão somente sobre os elementos que poderiam interferir na implementação do checklist de cirurgia segura, mas também para outras iniciativas de melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.

Além disso, era importante identificar o conhecimento das lideranças sobre o checklist de cirurgia segura, a percepção sobre a efetiva contribuição ou não, da ferramenta para a cirurgia segura, além de algumas estratégias para efetiva implementação do checklist nos hospitais, incluindo a identificação de outros profissionais que deveriam estar envolvidos no processo de implementação.

Somaram-se então outras questões: (1) qual o conhecimento dos profissionais e gestores sobre o checklist de cirurgia segura? (2) o checklist é visto como um instrumento que contribui para a segurança das cirurgias? (3) quais as estratégias sugeridas para o sucesso da intervenção?

Os resultados dessa primeira fase foram sistematizados e estruturados a partir de constructos do *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) proposto por Damschoder (2009), com destaque para elementos pertinentes ao contexto externo e interno. Também se considerou o perfil dos entrevistados e conhecimento observado sobre o checklist de cirurgia segura.

Os constructos analisados nessa fase da pesquisa podem ser sistematizados e apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Constructos identificados na Fase 1: Antecedentes da intervenção

Categorias		Resultados pesquisa
Contexto Externo	Políticas externas	Aproximação dos serviços com a área acadêmica
		Financiamento
		Políticas vigentes
Contexto Interno	Características estruturais	Investimentos estruturais
		Iniciativas de qualidade
		Processos de trabalho interdependentes
	Equipes	Entrosamento e relação equipes
		Comunicação
		Monitoramento e indicadores
		Atribuições pessoais
	Cultura	Fragmentação nas especialidades
		Não adesão as práticas
Descontinuidade das ações implementadas		
Características da intervenção	Percepções sobre o checklist	Conhecimento sobre o checklist
		Estratégias de implantação instrumento

Fonte: Elaboração própria

A análise foi desenvolvida a partir das seguintes perguntas norteadoras: Quais eram as lideranças atuantes nos processos de melhoria de qualidade nos hospitais? Como o hospital se encontrava para iniciar a implementação do checklist de cirurgia segura? Quais os elementos presentes no contexto que deveriam ser considerados nesse processo de implementação? Quais eram os conhecimentos e experiências prévias dos profissionais de saúde em relação ao checklist de cirurgia segura? Que estratégias seriam relevantes para o sucesso da intervenção?

Os achados aqui apresentados apontam fatores contextuais nas organizações passíveis de influenciar a implementação do checklist. Deficiências estruturais foram identificadas pelos entrevistados como fatores que poderiam afetar fortemente a implementação do checklist, assim como a necessidade de outros protocolos e rotinas para organização do ambiente cirúrgico. Em

relação às estratégias de sensibilização e treinamento das equipes as principais ações para mobilização dos profissionais de saúde em torno da importância do checklist.

4.1. CONHECENDO OS ENTREVISTADOS

Os resultados dessa etapa da pesquisa referem-se a entrevistas com 30 participantes dos dois hospitais universitários envolvidos, distribuídos entre gestores e profissionais diretamente envolvidos no cuidado cirúrgico, todos reconhecidos por seus pares como potenciais lideranças para a implementação do checklist cirúrgico.

Os entrevistados atuavam em diferentes espaços do hospital – alta gestão, planejamento, núcleo de segurança do paciente, educação permanente, clínicas cirúrgicas e centro cirúrgico – sendo 60% lideranças formais, e as demais informais com influência sobre os profissionais de saúde no exercício de suas atividades. A maioria era do sexo feminino (57%), prevalecendo, no que diz respeito à categoria profissional, médicos (57%), seguidos de enfermeiros (30%).

4.2. ELEMENTOS DO CONTEXTO

Retomando o conceito de contexto definido por Kaplan et al. (2010), que engloba todos os fatores e/ou processos que se relacionam com a mudança organizacional, reforça-se a importância do reconhecimento desses fatores para planejar e implementar uma intervenção em saúde. Tal reconhecimento propicia a identificação de condições que precisam ser potencializadas ou mitigadas para o sucesso da intervenção pretendida.

De acordo com os elementos do contexto apresentados por Bate (2014), no referencial teórico serão apresentados aqui os fatores contextuais externos e internos identificados pelos dois hospitais universitários.

4.2.1. Contexto Externo

Alguns elementos presentes no contexto externo aos hospitais foram reconhecidos pelos entrevistados como potenciais fatores de interferência na intervenção pretendida. A realização de parcerias institucionais com outros órgãos federados, as políticas institucionais vigentes, e a presença de incentivos externos, foram percebidas como elementos relevantes do contexto externo.

Os hospitais universitários possuem um papel importante na rede de serviços de saúde. Estruturas pertencentes ao nível quaternário do SUS, esses hospitais contribuem para a atenção

de alta complexidade à população, constituindo-se ainda centros de ensino e pesquisa, formadores de recursos humanos para a saúde. Essa multiplicidade de funções – assistência, ensino e pesquisa, – implica em uma concentração de recursos humanos altamente especializados e qualificados, e com forte influência no meio em que atuam (LOBO et al., 2010).

As relações estabelecidas entre os hospitais universitários e outras instituições são de fundamental importância para o fortalecimento do seu papel na rede, e contribuem não apenas para o desenvolvimento das suas atividades essenciais, como também para implementação de novas medidas de qualidade e segurança do paciente.

Parcerias institucionais

A realização de parcerias institucionais entre os hospitais e a universidades em que se inserem, nos cursos de graduação e pós-graduação, foram identificadas como elementos do contexto externo, que contribuem positivamente para a implementação de melhorias de qualidade. Tais parcerias facilitam ainda, a educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no hospital.

Dentre as diversas articulações realizadas, foi destacada a contribuição de pesquisadores, mestrado de qualidade em assistência da saúde na implementação do programa de segurança do paciente em um dos hospitais estudados. Os entrevistados relataram que a atuação do mestrado contribuiu nas práticas assistenciais desde antes da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

“... o grupo que trabalha com qualidade em assistência da saúde, que é o mestrado do pessoal da Saúde Coletiva, que participa muito, já veio aqui antes de surgir a política de segurança, por exemplo...” (Médico 06)

Já no outro hospital estudado, a parceria entre a faculdade de enfermagem e o hospital universitário, foi também reconhecida pelos entrevistados. Dentre as ações desenvolvidas, destacou-se a contratação de 30 novos professores universitários para as atividades de ensino e pesquisa nas turmas de residência, atuando diretamente no hospital, possibilitando o desenvolvimento de processos de melhoria de qualidade e segurança do cuidado.

“A existência da faculdade de enfermagem também... A faculdade de enfermagem contratar 30 professores que virão trabalhar na residência.... Para poder trabalhar com questões relacionadas à qualidade do cuidado, melhoria da assistência. Aí a gente melhora a assistência, a gente melhora tudo, para o paciente, para os alunos,

tanto de pós quanto de graduação...” (Enfermeiro 18)

A parceria estabelecida entre os dois hospitais e a Fundação Oswaldo Cruz em torno de um projeto para o desenvolvimento de uma estratégia de implementação do checklist de cirurgia segura, assim como o “Curso de Especialização de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente”, oferecido pela Fiocruz e Universidade Nova de Lisboa, que teve alunos em ambos os hospitais, também foram reconhecidos, por entrevistados, como elementos importantes no fomento de ações voltadas para a melhoria do cuidado e segurança do paciente.

“Os projetos que a gente estabelece parceria, no caso com a Fiocruz no Projeto da Cirurgia Segura, no outro caso, também esse curso, também foi com a Fiocruz, né, o curso internacional que acontece aqui em Portugal também, é ...” (Enfermeiro 18)

Essas iniciativas, além de contribuírem para a educação permanente dos trabalhadores e colaborarem para a implementação das metas de segurança do paciente, possibilitavam a troca de experiências e a integração entre os serviços e com outros hospitais.

Especificamente, o curso de especialização oferecido pela Fiocruz e Universidade Nova de Lisboa, foi reconhecido como um importante instrumento de disseminação do PNSP, contribuindo para o desenvolvimento de planos de implementação da PNSP e das metas internacionais da OMS de acordo com a realidade de cada unidade de saúde.

Políticas públicas

As políticas públicas atuam como um importante elemento normatizador e indutor das ações de qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde. Nas realidades estudadas, alguns marcos regulatórios foram identificados como elementos centrais do contexto externo para a adoção e/ou modificação de alguns processos de trabalho, amparando tecnicamente os profissionais para o desenvolvimento de melhorias nos hospitais.

“Aí eu acho que até a cobrança, a legislação que determina, ela nos favorece muito. Tudo eu boto na conta da Anvisa. Tudo eu boto na RDC. Tudo eu cito SOBECC, a AME, sabe?!... A normatização, os eventos nos ajudam, as publicações na área.” (Enfermeiro 25)

O PNSP que visa contribuir na qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013a) tem sido reconhecido como um importante indutor da melhoria do cuidado de saúde no país. Ao programa cabe apoiar iniciativas voltadas para a segurança do paciente em várias áreas do SUS, por meio da implementação de dispositivos, dentre eles os Núcleos de Segurança do Paciente.

“... Externos foi a questão da legislação, que a gente já falou, né?! Então saiu aí o Programa Nacional de Segurança do paciente nesse, e nesse desdobramento algumas legislações que impuseram, né, a necessidade de você fazer um núcleo e, com isso, outros desdobramentos positivos...” (Enfermeiro 18)

De acordo com a RDC nº 36/2013 compete aos Núcleos de Segurança do Paciente, a implementação dos protocolos de segurança do paciente, o desenvolvimento de ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde, dentre outras atividades, estas contidas no plano de segurança do paciente, construído de acordo com a realidade de cada serviço de saúde (BRASIL, 2013c).

Nos hospitais estudados, os núcleos de segurança encontravam-se formalizados, com planos de segurança elaborados e com ações em curso. Atuando em conjunto com as lideranças e profissionais das áreas técnicas, os núcleos vinham desenvolvendo diversas atividades, dentre as quais, a implementação das metas internacionais, inclusive, o checklist de cirurgia segura.

Cabe destacar que o desenvolvimento dos planos de segurança do paciente, assim como a consolidação do núcleo de segurança do paciente são processos contínuos, dinâmicos e importantes para o bom funcionamento dos serviços de saúde. Cabe ao núcleo de segurança o diagnóstico, a priorização, a gestão dos riscos, além da notificação dos incidentes ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), contribuindo assim para um cuidado em saúde, mais seguro para o paciente (ANVISA, 2016).

Financiamento

Os hospitais universitários públicos no país têm enfrentado um sério problema de financiamento pelos entes federados, o que redundava no desabastecimento de insumos básicos, na interrupção de serviços e projetos essenciais, na quebra de vínculo entre profissionais e usuários, na descrença dos profissionais de saúde, na fragilização de lideranças e frustrações entre profissionais de saúde, gestores e pacientes.

Os dois hospitais universitários estudados incluem-se nessa realidade, apresentando, entretanto, estratégias e momentos de enfrentamento das dificuldades distintos. O Hospital Renovação encontrava-se num processo de reestruturação após a mudança do seu modelo jurídico, reorganizando seu quadro funcional, incluindo a recomposição da sua força de trabalho, além do reabastecimento de insumos, revisão de processos assistenciais, dentre outras ações em curso. Já o Hospital Perseverança, enfrentava sérios problemas de descontinuidade orçamentária, em função da crise estadual, seu grande financiador, com poucas perspectivas de melhoria. Vários problemas eram elencados, principalmente o atraso no pagamento da bolsa

das residências, o que na opinião dos entrevistados, atuava como um elemento do contexto preocupante para a implementação do checklist cirúrgico naquele hospital.

“... Meus residentes sem receber a bolsa. Foram receber hoje. E já não estão mais preocupados se vão continuar, eles querem parar. Então tudo isso passa a ser um motivo da pessoa não aderir a certas coisas. Pode ser que a gente venha a ouvir: Por que que eu vou fazer esse checklist se eu não recebo? Não tem nada a ver uma coisa com a outra, mas sim as pessoas vão chegar nesse ponto. Então algum fator externo, eu acho que a própria política, econômica que a gente está passando hoje. Em algum momento, ou todo mês, a gente tem um problema.” (Médico anestesista 28)

A preocupação com a continuidade do financiamento dos hospitais universitários tem sido um grande desafio do SUS. Desde a sua criação, os Ministérios da Educação e Saúde vêm construindo iniciativas no intuito de incentivar a inserção dos hospitais universitários na rede de serviços, através de contrapartidas financeiras. Dentre as diversas iniciativas já construídas, Carmo (2006) destaca o processo de contratualização, reconhecido pelos entrevistados como um dos momentos propícios para pactuação de ações assistenciais junto à rede, incluindo indicadores e metas de qualidade e segurança do paciente.

De acordo com a Portaria nº 3410 de 30 de dezembro de 2013, a contratualização tem como proposta formalizar a relação entre gestores públicos de saúde e os hospitais, estabelecendo uma série de compromissos entre as partes. Espera-se a partir do processo de contratualização a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, ampliando o financiamento e o acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar, em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013d).

Mesmo considerando os benefícios financeiros do processo de contratualização vigente nos hospitais, os entrevistados apontaram necessidades de ajustes no processo, principalmente na pactuação de ações e serviços, de acordo com o perfil dos hospitais, e seu papel na rede de serviços de saúde. Na opinião dos entrevistados, os entes federados ainda não reconheciam o perfil do hospital universitário no processo de pactuação.

“Eu acho que só a forma de pactuação. A contratação junto ao Estado mesmo positiva, mas também é difícil que o Estado entenda o nosso perfil” (Enfermeiro 14)

Essa dificuldade reflete-se no contrato de gestão formalizado entre os entes federativos (secretaria estadual e/ou municipal) e os hospitais estudados. Em ambas as realidades, a contratualização estava pautada na oferta de procedimentos (exames, consultas, cirurgias, internações), o que na perspectiva dos entrevistados, colocavam os hospitais universitários

como meros “prestadores de serviços”, não considerando aspectos qualitativos do cuidado e da segurança do paciente.

“... Então para eles nós somos meros prestadores de serviço. Então o que interessa é a quantidade e não qualidade do serviço, então existem contratos, existem metas, o que eles querem no final de tudo é que essas metas sejam cumpridas independente ou não da segurança do paciente estar sendo bem vista ou não.” (Médico cirurgião 02)

Dificuldades relatadas no processo de contratualização foram sistematizadas por Lima e Rivera (2012), a partir de estudo junto a dirigentes hospitalares, sendo identificada uma frágil associação entre a contratualização e as práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial existentes, assim como a inserção do hospital na rede.

A contratualização por procedimentos, desconsiderando o perfil do hospital e seu papel dentro da rede de serviços de saúde, associada à inexistência e ineficiência dos serviços de média complexidade, traziam, na opinião dos entrevistados, uma “sobrecarga” de procedimentos, principalmente nos exames para serem realizados no hospital universitário.

“... Se realmente a rede acontecesse... se cada um fizesse seu papel, seu perfil... Acontece que a rede não atende sua média complexidade, a atenção básica não faz o seu papel. Então termina um hospital desse de alta complexidade não fazendo seu papel... Existe uma demanda enorme que termina chegando aqui via ambulatório de média complexidade, porque não tem um hospital que faça.” (Enfermeiro 20)

A sobrecarga de procedimentos de menor complexidade nos hospitais universitários apresenta vários inconvenientes, como descrito por Bittar e Magalhães (2008), ao pesquisar a realidade dos hospitais de ensino no estado de São Paulo: utilização inadequada de recursos para atendimentos de menor custo, maior deslocamento dos pacientes para atendimento, bloqueio das agendas para procedimentos de maior complexidade, gerando um aumento crescente nas filas de espera e também na demanda reprimida por serviços de maior complexidade. Os autores destacam ainda que, a realização de procedimentos de média complexidade repercute na redução de procedimentos de maior porte, como as cirurgias cardíacas, dificultando o aprimoramento técnico nesses procedimentos, dependente de volume.

As consequências descritas, só reforçam a necessidade de maior integração com a rede de serviços de saúde. Essa integração corroborada por Lobo et al. (2010), é fundamental para melhor utilização dos recursos, ao experimentar novas formas de gerenciamento em saúde, adequando o ensino às necessidades de formação de recursos humanos de acordo com as demandas sociais e epidemiológicas da sociedade.

Enquanto a articulação entre o governo e o hospital for incipiente, falhas na comunicação entre os gestores e insuficiência de recursos financeiros para os hospitais, podem ocorrer com maior frequência. Problemas estes que atuam não apenas como barreiras para o sucesso da intervenção, mas também para a manutenção das atividades essenciais do hospital.

4.2.2. Contexto Interno

Os fatores do contexto externo identificados terminam imbrincados com fatores relativos a contexto interno dos hospitais, destacando-se consequências do baixo investimento de recursos financeiros sobre a estrutura dos mesmos.

No que se refere ao domínio do contexto interno, os entrevistados identificaram os seguintes elementos: características estruturais, iniciativas de qualidade, processos de trabalho interdependentes, trabalho em equipe, cultura e comunicação.

Características estruturais

Quando um dos elementos do contexto externo: recursos financeiros insuficientes ou descontínuos, baixa articulação do hospital com os entes federados, sobrecarga de atendimentos não adequados ao seu perfil, encontram-se presentes nos serviços de saúde, maiores são as chances de alteração nas características estruturais dos hospitais.

Donabedian (1980) definiu a estrutura dos serviços de saúde como o conjunto de elementos mais estáveis da organização englobando recursos materiais (insumos, equipamentos), físicos, humanos e financeiros. O nível de adequação desses recursos afeta a qualidade dos cuidados prestados, incluindo-se no seu bojo, a qualificação dos profissionais, e a disponibilidade e organização das múltiplas unidades que compõem o serviço como um todo (ex, hospital) (MALIK e SCHIESARI, 1998).

As características estruturais, portanto, são fatores importantes para a regularidade das atividades assistenciais, facilitando ou não a adoção de intervenções de melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos serviços de saúde.

Em relação aos hospitais estudados, as características estruturais foram um dos elementos fortemente destacadas pelos entrevistados, que levantaram questões sobre os equipamentos médicos nos centros cirúrgicos, a disponibilidade de leitos críticos para cuidados pós-operatórios e a regularidade no abastecimento de insumos. Tais fatores foram antecipados como passíveis de interferir na implementação do checklist de cirurgia segura.

A inadequação da estrutura física dos centros cirúrgicos foi um dos elementos citados pelos entrevistados, sublinhando-se a sua obsolescência e necessidade de readequação do espaço aos fluxos e processos de trabalho.

Em um dos hospitais, em função da irregularidade na entrada de recursos financeiros, os contratos terceirizados encontravam-se com descontinuidades no pagamento, repercutindo na redução das atividades dos trabalhadores de limpeza do centro cirúrgico e, conseqüentemente, na redução da capacidade instalada (salas cirúrgicas) nos turnos disponíveis. Segundo entrevistados, as condições de infraestrutura encontravam-se fora dos padrões de qualidade esperados para um serviço de saúde, oferecendo riscos ao paciente.

“ Eu acho que hoje, assim, a maior parte de risco que pode ser oferecido pelo doente pode ser na parte de infraestrutura hospitalar, não é?! ... a infraestrutura hoje, assim, em termos até de higiene, de limpeza, eu acho que essa parte toda está um pouco comprometida... Mas, assim, no contexto mais amplo, a gente percebe que tem uma deficiência de infraestrutura, tá um pouco aquém do que a gente imagina ser o ideal e adequado. ” (Médico cirurgião 24)

No nível da alta gestão dos hospitais, também se reconheciam as necessidades de adequação da estrutura física dos centros cirúrgicos, e se vislumbravam ações gerenciais no sentido da sua melhoria. Durante a realização do estudo, com diferentes proporções, ambos os centros cirúrgicos passaram por um processo de readequação da estrutura física. No Hospital Perseverança, concluiu-se a reforma em uma das alas do centro cirúrgicos, com abertura de novas salas; no Hospital Renovação, realizaram-se obras de manutenção sobre a estrutura existente. Os profissionais entrevistados, entretanto, avaliavam que as obras realizadas não eram suficientes e reforçavam a necessidade de mais investimentos na estrutura física dos centros cirúrgicos.

A baixa capacidade de investimento na aquisição de equipamentos médico-hospitalares, e a possibilidade de abastecimento irregular e compra de insumos de baixa qualidade, também foram referidas como preocupações dos entrevistados pelo potencial de conseqüências diretas sobre a qualidade do cuidado e segurança do paciente.

“ Então, a gente precisa melhorar a estrutura porque segurança do paciente não é só eu chegar e ter tudo funcionando. É dar condições de equipamentos, dar condições de estrutura física, dar condições de melhores insumos. ” (Enfermeiro 14)

No que concerne aos recursos humanos, segundo percepções dos entrevistados nos dois hospitais, havia déficit de profissionais para a realização das atividades assistenciais, principalmente nas unidades de internação e centro cirúrgico. No Hospital Renovação em função de mudança na sua natureza jurídica, havia uma perspectiva de entrada de novos funcionários pelo regime CLT, o que supriria a necessidade. Entretanto, o Hospital

Perseverança, não possuía nenhuma previsão de reposição dessa força de trabalho, o que na opinião dos entrevistados seria um fator do contexto preocupante para a implementação das metas de segurança do paciente.

“Eu acho que tem a questão que aqui, a gente está vivenciando muito que é o número de pessoal, quantitativo de pessoal, mantendo o mesmo número de leitos. Então, não cabe, isso influencia diretamente na segurança do paciente e na qualidade do serviço prestado.” (Enfermeiro 17)

Os sistemas de informação para registro e monitoramento das informações foram também identificados como elementos da estrutura que poderiam afetar a implementação do checklist de cirurgia segura. Nas duas realidades, os registros dos pacientes se davam através de prontuário físico (em papel), com perspectivas de informatização. Na opinião dos entrevistados, a ausência de prontuário eletrônico prejudicava o acompanhamento sistemático das informações assistenciais, dificultando as ações de monitoramento e avaliação das melhorias de qualidade implementadas. Além disso, problemas como déficit de computadores e obsolescência de algumas máquinas foram também elencadas como preocupações para o processo de informatização.

O Hospital Renovação já se encontrava em um processo de implantação do prontuário eletrônico; os entrevistados acreditavam que, apesar dos novos problemas que poderiam advir, a informatização solucionaria parte dos problemas vivenciados no serviço.

“Essa coisa, de você ter um programa que te ajude a lançar os dados e ter esses resultados. A grande esperança é com a chegada do prontuário eletrônico, quer dizer, eu sei que vai trazer outros problemas, e vai solucionar alguns, mas, eu acho que esse, é um processo que tem que acontecer. É uma coisa urgente dentro do hospital.” (Enfermeiro 18)

Alguns macroprocessos organizacionais foram identificados como elementos que deveriam ser considerados durante a implementação do checklist de cirurgia segura, e lideranças destacaram dois processos de trabalho que consideravam especialmente importantes: o gerenciamento da internação e os registros dos pacientes.

Em relação ao gerenciamento da internação, gestores de ambos os hospitais identificaram que a articulação insuficiente entre unidades de saúde e a central de regulação, trazia dificuldades para o acesso dos pacientes às cirurgias, comprometendo a assistência cirúrgica. Dentre as dificuldades, foi apontada a ausência de critérios técnicos para organização da fila cirúrgica. Profissionais entrevistados mencionaram que alguns pacientes perdiam o

tempo oportuno para a realização do seu procedimento cirúrgico, o que, em casos oncológicos, por exemplo, era desastroso. Outra consequência percebida da má gestão da fila era a perda da validade dos exames já realizados pelo paciente. Nos dois hospitais, houve indicação pelos entrevistados, de uma parte expressiva de pacientes que chegavam nos ambulatórios especializados com exames vencidos. O descompasso entre exames pré-operatórios e a cirurgia agendada, gerava um adiamento da cirurgia, requerendo que o paciente repetisse todos os exames para nova avaliação cirúrgica. Adicionalmente, em alguns casos, na avaliação médica inicial, constatava-se que alguns pacientes apresentavam comorbidades agudizadas – alteração dos níveis pressóricos, hiperglicemia, dentre outras complicações de doenças coexistentes, – necessitando internação prévia para estabilização da condição clínica.

“... Porque os pacientes muitas vezes chegam com os exames atrasados, descompensados de alguma comorbidade que ele venha a ter e isso gera transtorno no internamento, gera transtorno no gerenciamento dos leitos, gera aqui no horário cirúrgico. Então quando soma tudo isso afeta muita gente e a qualidade da residência e do serviço prestado cai.” (Médico cirurgião 02)

Os registros dos pacientes, sejam advindos de outras unidades de saúde via sistema de regulação, sejam oriundos dos ambulatórios dos próprios hospitais, também eram vistos como insuficientes. Os entrevistados apontaram a necessidade de reorganização do processo de armazenamento dos registros ambulatoriais a partir da admissão do paciente no hospital. Num dos hospitais estudados, os entrevistados referiram-se a dificuldades no acesso aos prontuários preenchidos nas consultas ambulatoriais no próprio hospital, comprometendo o acompanhamento dos pacientes. A ausência do prontuário na consulta pré-operatória levava ao preenchimento de folhas de evolução avulsas – fora do prontuário do paciente – e perda de informações críticas.

“... A questão do, muitas vezes do prontuário, o paciente vem e às vezes o prontuário não veio e a gente preenche no papel e essa informação que a gente deu daquela consulta não consegue ser anexada na folha do prontuário, e aí fica perdida essa informação e às vezes essa informação às vezes é crucial não para mim, mas de repente um outro colega que vai atendendo outra especialidade. Eu acho que essa, esse problema do prontuário às vezes não subir.” (Médico cirurgião 12)

Sob o ponto e vista das entrevistas, considerando a importância do prontuário para a qualidade do cuidado e segurança do paciente, a revisão desses processos contribuiria não apenas para facilitar a implementação do checklist de cirurgia segura, como também melhorar

a comunicação dos profissionais dos diferentes serviços dos hospitais universitários.

Comunicação e trabalho em equipe

Considerado um elemento do contexto importante para a boa qualidade do cuidado de saúde, a comunicação entre os profissionais e equipes de saúde foi amplamente abordada nas entrevistas realizadas. Em todas as entrevistas emergiram preocupações com algumas falhas da inadequação da comunicação estabelecida e necessidade da sua melhoria.

Dentre os mecanismos de comunicação utilizados nos hospitais, foi destacado o uso de conversas informais, principalmente via mídias eletrônicas (whatsapp, facebook, e-mail). Foi observada nas duas realidades, a existência de alguns espaços formais de comunicação, com destaque para as reuniões de equipes, e as sessões clínicas de cada serviço. Entretanto, a grande maioria desses espaços era composta por apenas uma categoria profissional. As sessões clínicas eram “abertas” à participação de todos os membros da equipe multiprofissional, mas, na prática, agregavam médicos, predominantemente, observando-se baixa participação das demais profissões e domínio de pautas de interesse específico da corporação médica, sem preocupação com o estímulo de uma maior adesão e integração das equipes multiprofissionais.

Ao longo das entrevistas, reconheceram-se falhas no processo de comunicação entre as equipes cirúrgicas, e, principalmente, entre os diferentes serviços hospitalares que interagem com o centro cirúrgico. Foi manifestada a expectativa de que o uso do checklist de cirurgia segura pudesse contribuir para a redução desse problema.

No que concerne ao trabalho em equipe, os entrevistados reconheceram que seria um elemento a influenciar o processo de implementação do checklist, e predominantemente avaliaram como bom o entrosamento nas suas equipes. Entretanto, o conceito de “equipe” referido pelos profissionais, frequentemente considerava apenas profissionais pertencentes à mesma categoria profissional.

“Eu acho que nossa equipe de anestesistas é uma equipe unida que se ajuda muito que está muito empenhada em melhorar o serviço, o próprio hospital. Uma equipe forte. Eu estou muito satisfeita assim com a equipe.” (Médico Anestesista 15)

Ao avaliar a relação entre os profissionais de diferentes categorias, a maioria dos entrevistados considerou o entrosamento insatisfatório, principalmente entre cirurgiões e anestesistas. Dentre os processos que geram maior conflito entre esses profissionais, destacam-se os critérios de assistência pós-operatória aos pacientes graves. A insuficiência de leitos de terapia intensiva, associada à ausência de protocolos de acesso aos leitos existentes, geram, nos dois hospitais, controvérsias quanto aos critérios de criticidade e uso dessa capacidade instalada.

De um lado, os anestesistas e sua preocupação com os cuidados pós-operatórios dos pacientes graves e a necessidade de uma assistência adequada para esses casos. Do outro lado, os cirurgiões e a pressão pela realização do ato cirúrgico, seja pela necessidade de atender mais casos, pela pressão dos residentes por mais práticas cirúrgicas, e/ou pressão do próprio paciente em ter seu caso resolvido.

“Muito ruim.... Isso é muito pessoal. Claro, eu de uma maneira geral, eu me dou muito bem com algumas pessoas de outras clínicas, mas de uma maneira geral é muito ruim. A briga maior é com doente mais grave que eles alegam que não precisa de uma vaga de CTI porque eles têm plantonista, mas não ocorre isso. Então tem atrito em relação a isso. A gente fica com aquela bomba na mão, porque tem que botar na sala, que não tem como transferir... Então, isso é uma área de atrito constante. ” (Médico Anestesista 29)

“Assim onde há um pouco de aresta... é em relação a anestesia, né?! Porque os interesses e objetivos são um pouco diversos, então isso cria, eventualmente, um pouco de aresta. A anestesia não acompanha o paciente, não vivencia a angústia diária de ter um doente internado e não conseguir operar. Então, assim, cria um pouco de aresta, principalmente com o serviço de anestesia... Mas isso é uma coisa que, de certa forma, vem sendo contornado. ” (Médico cirurgião 24)

A maioria dos profissionais de enfermagem considerava haver um bom entrosamento entre as diferentes categorias profissionais no centro cirúrgico. No Hospital Renovação, os profissionais de enfermagem se viam como um importante elo de ligação entre os diferentes profissionais de saúde, contribuindo assim para uma melhor integração da equipe cirúrgica.

“Eu ainda brigo muito pelo trabalho multiprofissional, mas hoje eu sinto que eles estão despertando. A enfermeira presente na sala ajuda o processo da anestesia, ajuda o cirurgião. E querendo ou não quem faz o elo é a enfermagem. Quem faz esse elo, essas pontes é o profissional de enfermagem. De alguma forma acho que está sendo construído. Não é o ideal, mas está sendo construído. ” (Enfermeiro 14)

Adicionalmente, entrevistados expressaram a dificuldade em vislumbrar uma real integração entre os profissionais das equipes, considerando a complexidade das atividades realizadas e ausência de tempo para tal. De forma explícita, uma fala expressa a percepção de relações pautadas exclusivamente na cordialidade e educação, uma ideia, que, de certa forma, aparece nas entrelinhas de outras falas registradas.

“Quando precisa, a gente se ajuda, entendeu, mas não é aquela coisa ãmiguinho de

mão dada"até porque não existe tempo para isso. As enfermarias, os setores são muito pesados, então as pessoas entram, trabalham e vão embora.... Não é uma integração de sentar Vamos lá..."Somos educados. Só isso, agora assim formar uma grande equipe, não. ” (Enfermeiro 20)

As falhas de comunicação e dificuldades de entrosamento entre serviços interferiam em alguns momentos nos processos de trabalho definidos, como, por exemplo, no transporte dos pacientes da unidade de internação para o centro cirúrgico.

“Você tem que melhorar o entrosamento e comunicação entre, por exemplo a própria enfermaria e o setor do centro cirúrgico. Você tem uma cirurgia que vai ser feita num paciente em tal hora, então você tem todo um processo que deveria acontecer.... Você está aqui trabalhando há 10 anos e continua a ver as mesmas coisas acontecerem Cadê os exames do paciente?"Ah... não veio"ai você manda alguém ir pegar, já dá o trabalho de alguém ir pegar, atrasa, porque falta entrosamento as vezes no processo.... Às vezes, falha” (Médico cirurgião 16)

As dificuldades de integração das equipes e suas falhas de comunicação, também foram problemas constatados em estudos desenvolvidos em vários países, onde se apostava que o uso do checklist, pudesse contribuir para a melhora desses aspectos. Nas primeiras experiências internacionais (RUSS, 2013; TREADWELL et al., 2014), constatou que a utilização do checklist de cirurgia segura, contribuiu para a comunicação e maior entrosamento entre as equipes cirúrgicas. Segundo os autores, a aplicação do checklist proporcionou maior participação e corresponsabilização dos membros da equipe cirúrgica, estimulando a apresentação dos membros da equipe, o compartilhamento de informações sobre o paciente e procedimentos realizados/a realizar, assim como a antecipação de passos posteriores do processo de cuidado.

Cultura organizacional

Alguns aspectos da cultura dos hospitais foram evidenciados como elementos que poderiam influenciar na implementação do checklist de cirurgia segura, dentre eles o perfil de ensino dos hospitais, a fragmentação entre os serviços, e a ausência de padronização de algumas práticas.

A relação entre os profissionais e os alunos/residentes foi percebida como um aspecto positivo que podia contribuir no processo de implementação do checklist de cirurgia segura. Na perspectiva dos entrevistados, a presença dos alunos nos serviços, estimula a realização de novos estudos e projetos, contribuindo para a qualificação das equipes do hospital e dos

preceptores de ensino.

“Outra coisa positiva aqui no hospital porque eu trabalhei em outros hospitais e eu posso comparar é a questão dos estudos, das pesquisas. A gente está sempre muito motivada em pesquisar, estudar enfim... A residência motiva muito a gente, porque eles vêm investigar, responder questões, querer pesquisar e vai te motivando e aí você vai estudando. Eu acho isso muito positivo aqui no hospital.” (Enfermeiro 17)

Apesar da percepção de que o perfil de ensino contribuiu para inovações nas práticas dos hospitais, os entrevistados identificaram uma baixa adesão aos novos processos de trabalho, apontando dificuldades na sensibilização dos profissionais quanto aos benefícios dessas novas práticas.

“E o que é mais difícil é você convencer as pessoas que para valer, para isso ser bom, você tem que começar a usar. E aí você precisa fazer disso uma rotina, você tem que adaptar, ajustar e assim treinar, e todo mundo.” (Médico Anestesiologista 05)

Ao buscar elementos que pudessem explicar a resistência à adesão a novos processos mais padronizados para todo o hospital, os entrevistados apontaram que as rotinas eram até então estabelecidas de acordo com a realidade dos serviços, chamados por alguns profissionais como “feudos”, perpetuando de geração a geração, suas práticas instituídas.

“É difícil você implementar as coisas porque cada um tem a sua verdade, cada serviço tem o seu passado e eles vivem de perpetuar esse tipo de poder em relação ao seu passado aqui dentro.” (Administrador 10)

Essa fragmentação dos processos por clínicas trazia como consequência o uso de diferentes abordagens clínicas, o que impactava na variabilidade de práticas e também de materiais necessários para a realização dos procedimentos cirúrgicos, cabendo à administração do centro cirúrgico conciliar diferentes demandas.

“Ainda mudança de cultura, mudança do EU! eu opero assim, eu consulto assim. Eu uso tal material.... Então aqui tem que ser o acolhedor de todas as demandas cirúrgicas.” (Enfermeiro 14)

Os “feudos” e a variabilidade clínica encontrada nos dois hospitais, foram identificados como barreiras para a implementação de mudanças no sentido da melhoria da qualidade do cuidado de saúde e segurança do paciente. Para vários entrevistados, novas práticas preconizadas visariam romper paradigmas estabelecidos, trazendo o paciente como o centro da

atenção.

“Porque hoje a gente está quebrando paradigmas. A assistência não é voltada para o paciente.... Ela é voltada ou para necessidade do serviço ou do profissional individual. Hoje, está se tentando trabalhar de uma forma que o paciente ele é o centro realmente...” (Enfermeiro 14)

Iniciativas de qualidade e segurança do paciente

A presença de outras iniciativas de qualidade nos hospitais foi evidenciada pelos entrevistados como um fator que poderia contribuir na implementação do checklist de cirurgia segura. Dentre as iniciativas existentes nos dois hospitais, merecem destaque a gerência de risco e a utilização de protocolos clínicos.

Reconhecida pelos entrevistados como uma das primeiras iniciativas estruturantes da área da qualidade, a gerência de risco foi identificada pelos hospitais como uma área que vinha apoiando tecnicamente os serviços dos hospitais na implementação de melhorias de qualidade, e contribuiriam também para a implementação do checklist de cirurgia segura.

A gerência de risco possibilitou, na percepção das lideranças, uma primeira aproximação com os temas relacionados à segurança do paciente, sensibilizando para a importância da notificação de eventos. Na visão de entrevistados, a gerência de risco associada à normatização da ANVISA [Programa Nacional de Segurança do Paciente], contribuíram diretamente para a formalização dos núcleos de segurança do paciente instalados nos hospitais, bem como, para a implementações de ações voltadas para a segurança do paciente.

“... Já existia a gerência de risco que tinha aquele trabalho com a equipe médica junto da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Então, eu já também tinha essa visão de ficar atenta aos eventos adversos, à segurança do paciente e junto com a normatização tanto do Ministério da saúde como da ANVISA que teve o núcleo de segurança do paciente... Apesar de que tudo a gente pensava em segurança do paciente, mas essa coisa mais focada para essa temática foi realmente a partir daí.” (Enfermeiro 14)

Os núcleos de segurança do paciente com o apoio de diversos serviços, principalmente a gerência de risco e a educação permanente, contribuíram para modificação de vários processos de trabalho, dentre eles: identificação das lideranças; elaboração de protocolos, sensibilização e treinamento das equipes, com vistas à implementação das metas de segurança do paciente da OMS.

Foram relatadas pelos entrevistados, várias experiências de confecção, adaptação e

implementação de protocolos em vários serviços dos hospitais em estudo: internação, centro de terapia intensiva, farmácia, dentre outros. Quanto aos protocolos cirúrgicos referidos, observou-se que, a rigor, se constituíam em instrumentos gerenciais, formulários para registro dos processos perioperatórios, fluxos de trabalho, fundamentais para a assistência cirúrgica, mas distantes da perspectiva assistencial, propriamente. Frequentemente, apresentavam-se como iniciativas específicas para categorias profissionais.

Em relação às metas de segurança do paciente, a alta gestão dos hospitais, em parceria com os núcleos de segurança do paciente, desenvolveu estratégias para a adesão às metas internacionais de segurança, com processos de trabalho fortemente relacionados ao modelo de gestão vigente.

O Hospital Renovação, que vinha buscando um modelo de gestão mais participativo, vivenciou um processo de implementação de ações de segurança do paciente mais estruturado, formalizado no plano diretor da unidade. A partir das normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA, as lideranças passaram a estruturar grupos de trabalho para cada uma das metas, optando por uma construção de estratégias coletiva.

“... Mais forte voltada para aquilo realmente o Ministério da Saúde e a ANVISA preconizam são aquelas seis metas. Hoje, estamos trabalhando tem núcleos técnicos de cada um: úlcera por pressão, prevenção de quedas, lavagem das mãos, identificação do paciente, a comunicação e cirurgia segura. Então, a gente já está trabalhando, já tem reuniões já bem programadas. Antes disso já trabalhava assim uma ajudando a outra. Hoje, a gente tentou formar um grupo.” (Enfermeiro 14)

Já no Hospital Perseverança, o processo de implementação, ficou a cargo do núcleo de segurança do paciente em parcerias com lideranças de vários serviços. Com o apoio da alta gestão, o núcleo de segurança optou pela implementação das metas de segurança, a partir dos serviços mais estruturados e, na sequência, para os demais serviços.

Na opinião de entrevistados, ações realizadas nos dois hospitais voltaram-se para mitigar barreiras e potencializar a adesão dos profissionais às práticas, visando o alcance às metas de segurança do paciente. Dentre as práticas, se incluía o uso do checklist de cirurgia segura.

Dentre as metas almejadas, a *identificação do paciente* foi a que ganhou prioridade inicialmente, estando as ações relacionadas em estágio mais avançado, em ambos os hospitais. Entrevistados acreditavam que a experiência na implementação de tais ações, proporcionaria um aprendizado sobre o processo de implementação, resistências, falhas no monitoramento, dentre outras experiências, com potencial de contribuir para iniciativas futuras.

“E a outra questão é a coisa da pulseira que a gente estava fazendo agora também, um outro exemplo. Você tem muitas criatividade com o uso da pulseira [risos] é uma coisa tão simples? Vamos registrar o uso da pulseira, vamos usá-la..., mas é complicado. O último levantamento que a gente teve, a gente tinha 75% de adesão ao uso, mas assim com relação ao registro: falha, falha demais. Muito baixa. E com relação ao uso mesmo. Você bota a pulseira, para você poder usar, verificar se é aquele paciente mesmo. Essa também tem baixa adesão.” (Enfermeiro 18)

Em relação à meta de cirurgia segura, os dois hospitais encontravam-se em momentos diferentes. O Hospital Perseverança não tinha qualquer experiência com estratégias voltadas para a cirurgia segura, apesar de muitos profissionais conhecerem o checklist de outros locais onde atuavam. O Hospital Renovação tinha iniciado um projeto piloto, cerca de dois anos antes, mas com poucos resultados em relação à adesão ao checklist de cirurgia segura. Um dos cirurgiões da referida clínica, relatou que eram perceptíveis mudanças no cuidado perioperatório, principalmente na redução de complicações cirúrgicas, estas que ainda não tinham sido quantificadas.

“Principalmente pela implantação do checklist de cirurgia segura, onde o serviço x foi pioneiro nessa atividade. A gente começou a fazer isso já no ano passado e notou um salto muito grande no manuseio do doente, principalmente no transoperatório. Como o serviço já tem um volume muito grande de pacientes idosos, pacientes graves, passíveis de complicações pré, trans e pós-operatórias, então isso serviu para a gente controlar melhor nossa demanda. Não temos esses números ainda, mas acho que o número de complicações também nesse último ano, reduziu bastante.... (Médico cirurgião 02)

4.3. PERCEPÇÕES SOBRE A INTERVENÇÃO: O CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Foram ainda abordadas nas entrevistas, questões acerca do checklist cirúrgico, a sua importância para a melhora dos resultados cirúrgicos, propostas de adaptações no instrumento, e construção de estratégias para sua efetiva implementação.

4.3.1. Conhecimento sobre a ferramenta

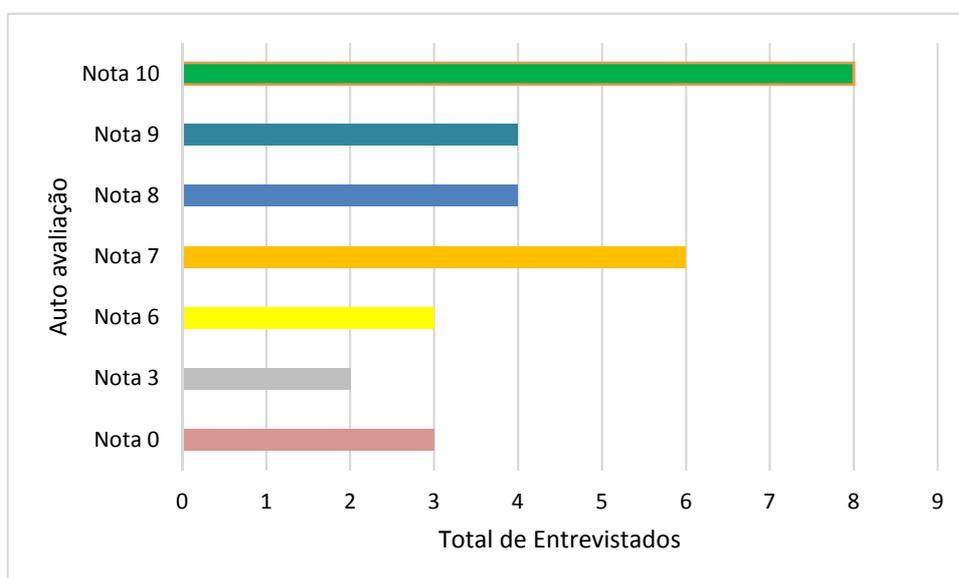
A maioria dos profissionais entrevistados já conhecia o checklist de cirurgia segura, a partir de outras experiências profissionais ou acadêmicas. Os profissionais médicos (cirurgiões e anestesistas) relataram o seu primeiro contato com o instrumento em outras instituições, principalmente na iniciativa privada.

Muitos profissionais tiveram o primeiro contato com o checklist de cirurgia segura

através de materiais instrucionais elaborados pelas organizações profissionais – Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, e Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, especialmente. Conheciam o instrumento da OMS, assim como estudos científicos comprovando suas contribuições na segurança do paciente, reconhecendo o papel desses estudos na divulgação do checklist entre seus pares profissionais.

Ao serem questionados quanto ao grau de conhecimento sobre o checklist, os entrevistados se auto avaliaram de 0 a 10, sendo os resultados consolidados na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição da auto-avaliação dos profissionais quanto ao conhecimento do checklist de cirurgia segura



Alguns entrevistados acreditavam que o checklist podia materializar ações já apontadas como importantes no cuidado perioperatório, mas pouco sistematizadas, e muitas vezes negligenciadas na prática.

“Uma coisa que a gente vai fazer empiricamente, mas que agora está mais forte, é o tal do checklist, né. Saber o lado da cirurgia, se aquele paciente é aquele mesmo, etc e tal... Então isso realmente eu acho que a gente pode mais, é uma coisa mais palpável. A gente sempre falava na residência e antes a importância de checar essas coisas, mas faltava algo para sempre ter, para sentir aquilo ali...” (Médico cirurgião 12)

Diante da apresentação da versão do instrumento da OMS traduzido para o português, a maioria dos entrevistados não propuseram alterações no instrumento. Sugeriram que o mesmo fosse utilizado na versão original, podendo ajustes serem realizados conforme a sua utilização.

“... Eu acho que depois que todo mundo estiver bem aderido que ele precisa ser revisto. Apesar, de seguirmos o checklist de acordo com a Organização Mundial de Saúde, mas eu acho que teriam itens que poderiam sair e outros que poderiam ser acrescentados dentro da nossa realidade. ” (Enfermeiro 14)

As poucas mudanças no instrumento propostas pelos profissionais foram agrupadas em duas dimensões: ‘processo de trabalho do centro cirúrgico’, e ‘itens de verificação específicos por categoria profissional’.

As propostas de alterações relacionadas ao processo de trabalho do centro cirúrgico traziam a possibilidade de inclusão de itens de verificação quanto à necessidade de leito crítico para o cuidado pós-operatório, verificação dos equipamentos médicos e demais informações relacionadas ao paciente e suas necessidades de cuidado, como alergias e outras intercorrências. A rigor, contemplavam revisões nos processos de trabalho, e não propriamente pertinentes ao checklist, distanciando-se da ideia de se constituírem propriamente em adaptações do instrumento ao contexto social da organização, desejável segundo visão de vários estudos. Dentre os autores que corroboram essa afirmativa, Zegers (2011) sugere um conjunto de adaptações no checklist, propondo mudanças nas relações profissionais, no ambiente de trabalho, e até no próprio instrumento para sua efetiva implementação.

As relativas à inclusão de itens de verificação específicos por categorias profissionais chegavam a vislumbrar, na prática, a separação do instrumento em checklists para cirurgia, enfermeiro e anestesista, ignorando os propósitos do instrumento em relação ao trabalho em equipe.

Na visão de alguns dos entrevistados, o checklist de cirurgia segura misturava diferentes itens de verificação específicos de cada categoria profissional, o que dificultava o seu adequado preenchimento.

“Eu acho que tem coisas que na parte anestésica, da enfermagem e do cirurgião não são muito separadas, então você mistura muita coisa. Então deveria ter um momento específico do cirurgião, do técnico enfermeiro e do anestesista.... Então você tem que sair pulando etapas até preencher o que lhe é devido. ” (Médico cirurgião 02)

Outra sugestão foi a revisão dos papéis dos profissionais no preenchimento do checklist. Durante o projeto piloto realizado num dos hospitais estudados, o residente seria o responsável pelo preenchimento durante as três etapas da cirurgia. Na percepção de um dos entrevistados, entretanto, essa proposta seria inviável, devido à participação e paramentação do residente durante o procedimento cirúrgico, não permitindo o registro adequado.

“... Hoje a gente tem uma padronização precisando ser corrigida... A gente definiu aqui previamente que quem faz isso [checklist] é o residente.... Então está faltando definir o que seria função do anestesista ou do circulante... E a terceira etapa... que você vai perguntar se as compressas foram contadas e aí o cirurgião e o residente estão também em campo, como é que o residente vai marcar que a contagem da cirurgia deu certo? Ou seja, você não pode delegar uma função para ele se ele já está ocupado com outra. O protocolo de implantação do checklist daqui definiu que era o residente que fazia a aplicação do checklist, mas ele só tem condições de fazer a primeira parte. ”
(Médico cirurgião 16)

Foi ainda proposto por entrevistados, que se atribuísse a função de preenchimento do checklist apenas para um profissional, que deveria, na percepção dos cirurgiões, ser da equipe de enfermagem.

“Mas acho que não precisa ficar a cargo do cirurgião. Acho que a equipe de enfermagem pode ficar a cargo, está bem consciente disso, pode fazer esse trabalho. O cirurgião tem outras preocupações em relação propriamente ao preparo do paciente, as condições clínicas do paciente, a cirurgia em si, o material que precisa para a cirurgia. Acho que é muita responsabilidade, é muita coisa que as vezes complica a gente lembrar de tudo e são detalhes que se é um questionário, não tem tanta.... É um padrão, é um questionário. Não há coisas dúbias que exija a presença de alguém que está mais ligada na situação. ” (Médico cirurgião 07)

A ideia de divisão dos itens de verificação por categorias profissionais, conforme já sugerido, contrapõe-se a um dos maiores propósitos de uso do checklist, que é o estímulo à melhoria do trabalho em equipe. Ela enfraquece a perspectiva do uso do checklist como instrumento de comunicação e interação da equipe (TREADWELL et al., 2014), reforçando estruturas corporativistas e, de certa forma, reduzindo o checklist a mais um formulário a ser preenchido. Certamente este seria um dos desafios do processo de sensibilização.

A grande maioria dos entrevistados acreditava que o checklist de cirurgia segura contribuía para a melhora dos resultados cirúrgicos, ao incluir itens pertinentes ao ato cirúrgico capazes de prevenir danos evitáveis.

“O Checklist, ele é uma luzinha que vai acendendo quando a gente realmente vê as coisas preveníveis que podem, deveriam acontecer. As intercorrências na cirurgia você sabe que é um risco, mas o que é prevenível está dentro do checklist. Que te dá segurança de você prevenir as coisas básicas. Então ele é muito interessante. Ele é básico, mas ele é muito bom. ” (Enfermeiro 14)

“Com certeza, ele evita complicações fúteis, complicações que você não imagina que

possam acontecer, mas por um descuido qualquer, uma desatenção mínima, está ali para acontecer. “ (Médico cirurgião 02)

Weiser et al. (2010), para além de outros estudos, verificaram que hospitais que incorporaram, de fato, recomendações feitas na aplicação do checklist para o cuidado pós-cirúrgico, tiveram ainda melhores resultados e mais sucesso na incorporação sustentada do uso do instrumento.

4.3.2. Estratégias para implementação

Importante ferramenta para a melhora do cuidado cirúrgico, o checklist de cirurgia segura, precisa de um conjunto de estratégias para sua efetiva implementação. Com vistas a um processo exitoso de implementação nos hospitais brasileiros, várias estratégias podem ser construídas e planejadas, tendo algumas contribuições já consolidadas em estudos internacionais.

Dentre as estratégias propostas na literatura, Weller e Boyd (2014) destacam o envolvimento da equipe cirúrgica, o treinamento adequado dos profissionais, além de uma estrutura organizacional que estimule o trabalho em equipe, facilitando o desenvolvimento de uma cultura comprometida com a segurança do paciente.

Os entrevistados sugeriram algumas estratégias que poderiam ser desenvolvidas nos hospitais: o envolvimento das lideranças, sensibilização e treinamento da equipe, uso de materiais educativos. Constataram também que seriam necessárias modificações nos processos de trabalho, e na estrutura hospitalar.

Na percepção dos entrevistados, a identificação e reconhecimento das lideranças locais deve ser uma das estratégias iniciais para a adesão dos demais profissionais durante o processo de implementação.

“Olha a primeira coisa é vocês já estão fazendo que é tentar identificar líderes, né?! E se você não vai ter parceria se você não tiver pessoas que pensam da mesma forma, ou que você possa trazer a informação e a pessoa aderir. Então aderência nessa mudança é primordial.” (Médico Anestesiologista 28)

O papel das lideranças nos serviços é reforçado por vários estudos, dentre os quais o desenvolvido por Corona e Peniche (2015), que apontam que as lideranças atuariam como indutores na implantação de diretrizes e protocolos clínico-cirúrgicos, na busca por práticas seguras, e no fortalecimento da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde.

O segundo conjunto de estratégias propostas pelos entrevistados relacionava-se à

modificação de elementos da estrutura hospitalar e dos processos de trabalho no centro cirúrgico, tais como a adequação de fluxos, protocolos e rotinas das atividades realizadas, além da revisão de processos relacionados aos materiais e medicamentos utilizados nos procedimentos, que impactam diretamente no funcionamento do centro cirúrgico.

“Acho que a gente tem que começar organizando aqui o centro cirúrgico. A gente precisa de algumas coisas. Organizar toda a estrutura dos materiais, instrumental, fornecimento de insumos e rotinas mesmo. A rotina de levar o doente para sala, a rotina de posicionar o doente, a rotina dos procedimentos preparatórios...”
(Enfermeiro 25)

A sensibilização e o treinamento das equipes foram também apontados como ações que deveriam ser pensadas, no intuito de envolver e motivar os profissionais de saúde. Iniciativas como a apresentação do checklist às equipes, divulgação de experiências de outros hospitais, devolutivas parciais aos profissionais durante o processo de implementação, além da obrigatoriedade de uso, foram ações propostas pelos entrevistados.

A divulgação do formulário do checklist cirúrgico e dos seus benefícios, reconhecidos na literatura, podiam auxiliar, na percepção dos entrevistados, na melhor utilização do instrumento pelos profissionais de saúde.

“Eu acho que se a gente conscientizar os profissionais da importância do checklist, a gente... Se eu acho aquilo importante eu de fato vou fazer. Se eu venho aqui com mais uma parte burocrática, mais um papel para ser preenchido não vai ter tanta utilidade, nem vai ter tanta. Acho que motivar e mostrar os profissionais o benefício, a necessidade da implementação acho que faz que todos abraçarem né? De fato, usarem e fazerem da melhor maneira” (Enfermeiro 04)

Foram também propostas, rodas de conversa com os profissionais, elaboração de materiais educativos, atividades de sensibilização aos residentes, discussões sobre o tema nas sessões clínicas, apresentando e discutindo as evidências científicas e experiências profissionais, de modo a reforçar a importância de sua utilização.

Ainda em relação às estratégias de sensibilização dos profissionais, os entrevistados identificaram a necessidade de um momento específico para os residentes iniciando as atividades nos hospitais universitários. Os entrevistados trouxeram como proposta a sensibilização das turmas de residência logo no início da sua prática profissional no hospital, discutindo a utilização do checklist de cirurgia segura como um instrumento indispensável ao cuidado dos pacientes cirúrgicos.

“Dentro do primeiro ano do seu programa de residência devia ter uma aula inaugural, uma aula inicial que explicasse que isso é imprescindível, isso é indispensável...” (Médico cirurgião 02)

A sensibilização logo no início das atividades laborais deveria ser realizada para todos os profissionais ao iniciarem suas atividades nos hospitais, sendo desejável o treinamento de todos os profissionais de saúde em relação às rotinas do serviço, incluindo a utilização do checklist de cirurgia segura.

“Eu acho que treinamento, certo? Treinamento exaustivo, eu acho que só precisa disso, eu acho que o profissional assim que chega em determinado setor ele tem que saber, conhecer exatamente qual é a rotina do serviço.” (Médico cirurgião 02)

Durante as entrevistas, um dos hospitais já tinha iniciado algumas sensibilizações e treinamentos pelo projeto, onde alguns profissionais reconheceram a importância da realização dessas atividades para mobilização da equipe, explicando o que é o checklist, sua função e importância para a cirurgia segura.

“A principal que eu vejo aí, né, que é novo para mim a respeito do checklist, que a gente vem tendo treinamento. Acho que uns dois ou três que eu participei já, justamente falando para que que serve, o quão importante esse checklist, que não é apenas um papel...” (Circulante 03)

As estratégias de sensibilização e treinamento dos profissionais, são estratégias importantes e reconhecidas como ações que devem ser realizadas para uma efetiva implementação do checklist de cirurgia segura.

Entretanto, na grande maioria das falas dos entrevistados, as ações sugeridas mantinham a divisão de categorias profissionais, sugerindo os espaços já existentes como sessões clínicas e reuniões de equipe. Apesar da intencionalidade de aproveitar atividades já planejadas das equipes, sublinha-se, entretanto, que essa estratégia perpetuaria a fragmentação existente, comprometendo a possibilidade da utilização do instrumento como um mecanismo de comunicação e integração da equipe cirúrgica.

A apresentação das experiências de outros serviços de saúde na utilização do checklist de cirurgia segura, também foi elencada como ação estratégica que poderia auxiliar na sensibilização dos profissionais de saúde. Entretanto, os entrevistados destacaram a importância da divulgação de experiências de hospitais com realidades semelhantes aos estudados, no intuito de aproximar os resultados ao contexto vivenciado.

“... Comprovações de que isso deu certo em outros lugares, mas lugares que sejam semelhantes a este cenário aqui. Não adianta botar um hospital de Cleveland. Não adianta falar do Samaritano. Não adianta eu falar do Pró-Cardíaco. Eu posso até citar, mas eu tenho que trazer o mesmo universo para que as coisas sejam equiparadas.” (Enfermeiro 20)

Além das experiências de outros serviços de saúde, a divulgação dos resultados preliminares da utilização do checklist de cirurgia segura durante o processo de implementação, aparece como uma das ações estratégicas a serem realizadas nos serviços de saúde.

Devolutivas aos profissionais do centro cirúrgico quanto ao preenchimento, utilização da ferramenta, foi proposta pelos entrevistados no sentido de contribuir para o acompanhamento da intervenção e motivar a equipe cirúrgica.

“Trabalhar bastante os resultados dessa implantação, o monitoramento, monitorar bastante. Assim, acho que gerar uma estrutura para que a gente possa implantar para que as pessoas sejam motivadas e levantar esses resultados, acho que é isso” (Enfermeiro 18)

Segundo os entrevistados, as devolutivas deveriam ser realizadas com base em dados estatísticos, utilizando indicadores para demonstrar como ocorria a utilização da ferramenta, seu preenchimento, adesão e impacto no cuidado cirúrgico. Os dados estatísticos deveriam ser apresentados com certa periodicidade, consolidados por equipe, ou para cada profissional de saúde.

“... Por exemplo, não tem o levantamento estatístico? Então: “Estatisticamente, em dois meses, seis meses, o nosso checklist apresentou...” Como os estudos “...o nosso checklist mostrou que foi reduzido em ‘tanto, os pacientes que chegaram e que não tinham o pré-anestésico, sangue, sala de cirurgia...” ... Mostrar que ele trouxe segurança, agregou valor em relação ao que eu estou fazendo. Mostrar, ó foi marcado, não foi marcado, o fulano quem marcou.... Tantas folhas dessa mostraram isso, entendeu?! Acho que é mais ou menos isso...” (Médico Anestesiologista 05)

No Hospital Renovação, a experiência prévia no uso do checklist de cirurgia segura, mesmo com baixa adesão, já apontava, sob a percepção de profissionais, que o instrumento, ainda que simples, era capaz de promover a prevenção de erros cirúrgicos graves, tais como a realização de procedimento cirúrgico na pessoa errada ou no local errado.

“Então isso melhorou bastante até porque já tivemos problemas graves no passado de operar rim errado, operado doente errado... então isso aí a gente não vê mais

hoje. Então foi uma coisa simples que ajudou muito...” (Médico cirurgião 02)

Mudanças promovidas pelo uso do checklist no serviço que o implementou de forma mais ampla, eram percebidas por todas as categorias profissionais envolvidas. Um dos anestesistas que atuava na especialidade observou mudanças sensíveis a partir de ações como a orientação e treinamento das equipes.

“De quando cheguei aqui há quatro anos e meio atrás mudou muita coisa. Agora o maior cuidado é com esse checklist: orientação, treinamento...” (Médico Anestesiologista 15)

Diversos autores identificam um conjunto de elementos que podem promover maior adesão ao checklist de cirurgia segura, além do treinamento, liderança do serviço comprometida, apoio da gestão central, sentimento de apropriação do instrumento pela equipe, processo de aplicação gradual nos hospitais, com devolutivas para às equipes, seguido de monitoramento contínuo (TREADWELL et al., 2014; WELLER e BOYD, 2014).

Cabe ainda destacar, a necessidade de ações que propiciem maior motivação à equipe, incluindo a informação exaustiva, e mais abrangente possível, ao longo de todo o processo de implementação do checklist cirúrgico (MASCHEREK et al., 2013).

5. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA: COMPREENDENDO OS BASTIDORES

Este capítulo apresenta os principais achados da segunda etapa da pesquisa qualitativa desenvolvida nos hospitais universitários, visando apreender, como os fatores contextuais identificados antes da intervenção evoluíram e se comportaram ao longo do processo de implementação do checklist de cirurgia segura. Os elementos identificados serão importantes para subsidiar a construção de uma teoria explicativa, *a posteriori*, sobre a intervenção.

Compreender o processo de implementação ao checklist, assim como a adesão resultante dos profissionais ao instrumento, é fundamental para a construção de conhecimento que indique condições e estratégias para o seu sucesso (FREITAS et al., 2014). Este capítulo, descreve o início do processo de implementação do checklist de cirurgia segura nos hospitais universitários, identificando fatores contextuais, os seus efeitos e interações.

Para tal, foram entrevistados profissionais e gestores envolvidos no processo de implementação do checklist nos dois hospitais, de diversas categorias profissionais – circulantes, enfermeiros, médicos anestesistas, médicos cirurgiões, residentes médicos e técnicos de enfermagem, totalizando 20 entrevistas semiestruturadas individuais.

As questões norteadoras das entrevistas foram: (1) como vinha ocorrendo a implementação do checklist de cirurgia segura? (2) houve influência dos fatores contextuais no processo de implementação do checklist de cirurgia segura?

Assim como na primeira etapa, os resultados dessa fase foram sistematizados e estruturados a partir de constructos do CFIR, mais especificamente, aqueles pertinentes à dimensão “processo” – planejamento, envolvimento, execução e avaliação e reflexão –, além dos elementos do contexto externo e interno.

Os constructos analisados nessa fase da pesquisa podem ser sistematizados e apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Constructos identificados na Fase 2: Processo de implementação do checklist de cirurgia segura

Categorias	Resultados pesquisa	
Processo de Implementação	Estratégias de implementação	Comitê de Implementação
		Sensibilização equipes
		Treinamento equipes
		Ferramentas de gestão
	Informatização checklist	
	Projeto Piloto	
	Ampliação checklist outras clinicas	
	Lideranças	
	Líder checklist	
Apoio gestor		
Monitoramento e Avaliação	Monitoramento e devolutivas	Estratégias de monitoramento
		Dificuldades
	Novas estratégias	Checklist verbal
		Treinamento em EAD
		Envolvimento do residente
		Sensibilização equipe CC
		Envolvimento do usuário
		Novos Protocolos
		Revisão processos de trabalho

Fonte: Elaboração própria

A análise foi realizada a partir das seguintes perguntas norteadoras: (1) quais foram as ações adotadas durante o processo de implementação do checklist de cirurgia segura? (2) quais estratégias deveriam ser potencializadas ou ainda implementadas no processo de implementação? (3) que lideranças foram decisivas no processo de implementação do checklist? (4) quais foram os fatores que interferiram no processo de implementação do checklist? (5) quais foram as medidas adotadas pela organização para potencializar ou contingenciar os fatores que impactaram na intervenção?

Em função das diferentes realidades encontradas nos hospitais durante o processo de implementação do checklist, especialmente no que tange aos elementos do contexto externo e seus impactos sobre os processos de trabalho, os resultados dessa fase da pesquisa foram analisados separadamente.

Como principais aprendizados desse capítulo destacam-se a: a interferência dos elementos do contexto externo no processo de implementação, as diferentes estratégias construídas pelos hospitais para viabilizar o processo, a importância da liderança para a efetiva implementação do instrumento, e a necessidade de ações de monitoramento e devolutiva para o aprimoramento do uso instrumento no ambiente cirúrgico.

5.1. HOSPITAL RENOVAÇÃO

5.1.1. Processo de implementação do checklist

O hospital já tinha uma experiência de uso do checklist, ainda que sem uma estratégia de implementação formalizada. A primeira aproximação do hospital com o checklist de cirurgia segura, relatada pelos entrevistados, aconteceu em 2013, quando algumas clínicas cirúrgicas do hospital desenvolveram, em parceria com outras áreas acadêmicas da Universidade, um projeto de extensão universitária. Resultados do projeto foram publicados, indicando baixa adesão e preenchimento inadequado, atribuídos por alguns entrevistados ao não engajamento de alguns profissionais, principalmente, os anestesistas.

“O processo do checklist do Hospital ele começou antes do projeto, com a ideia de um projeto de extensão...Inicialmente, basicamente só vinculado a um serviço e com uma adesão completa muito baixa, por falta de assinatura do anestesista por todos os processos. ” (Gestor 05)

Já no andamento do projeto em que se insere este estudo, ao hospital coube, no início de 2015, identificar três especialidades cirúrgicas para o início do processo de implementação do checklist, com estratégias estruturadas. Na percepção dos entrevistados, o novo projeto trouxe maior comprometimento das chefias e das equipes de enfermagem no uso do checklist na prática cirúrgica, fazendo-se ainda necessário um maior envolvimento dos médicos.

“Nós fizemos aquele piloto, e começou a fluir mais tranquilamente” (Enfermeiro 01)

“... Estrategicamente bem coerente, porque pegaram três serviços que teoricamente são mais maduros, digamos assim, um pouco mais organizados, com um pouco mais de maturidade. E com isso, as chefias dos serviços elas se entenderam no projeto e assumiram essa causa juntamente com a enfermagem, obviamente, e toda a equipe do hospital. Mas era necessário trazer uma participação ativa, efetiva da equipe médica para ser implementado na sua integridade. ” (Médico cirurgião 10)

As chefias dos serviços cirúrgicos e outras lideranças do hospital, passaram a construir

juntas à equipe do projeto, algumas estratégias locais, para a implementação da intervenção, dentre elas: reuniões com lideranças, identificação de novos integrantes e parceiros no hospital e, definição de protocolos assistenciais estratégicos, como o para profilaxia da Trombose Venosa Profunda (TVP), por exemplo. Outra estratégia que merece destaque, foi a criação de um comitê de implementação do checklist, às vezes referido como comitê de cirurgia segura, composta por lideranças da Direção do hospital, NSP, centro cirúrgico, e dos três serviços cirúrgicos que iniciariam a implementação do checklist cirurgia. O comitê tinha como objetivo elaborar e organizar novas ações, assim como identificar novas lideranças para a implementação do checklist de cirurgia segura.

“Primeiramente foi a definição de uma Comissão de Checklist. Isso, para mim foi fundamental. Antes era uma coisa meia abstrata que se falava, mas não se definia. Ninguém sabia de quem eram as obrigações, quem deveria fazer, quem não deveria fazer, que procedimento deveria fazer, o procedimento que não. Se todos, se em alguns, em alguns previamente agendados, essas coisas.” (Médico Anestesiologista 03)

O comitê desenvolveu uma série de iniciativas, dentre elas, a definição dos responsáveis pela aplicação do checklist no centro cirúrgico, partindo então, na perspectiva dos entrevistados, para a fase operacional, o momento da execução das ações pensadas.

“A partir daí onde todos estavam interessados em fazer e determinados a fazer, aí entrou na parte operacional. Qual momento de fazer isso em quem aplicaria esse checklist nesse momento, nesse outro momento, num segundo momento. Então, aí entrou a outra parte de operação, então eu acho que nós temos acertado” (Médico Cirurgião 10)

As ações de sensibilização das equipes cirúrgicas envolveram a apresentação do projeto para chefias de serviços e outras lideranças, conversas com os cirurgiões nas sessões clínicas, encontros com a enfermagem e a anestesia. Outra estratégia destacada pelos entrevistados foi realizada pelo NSP, em parceria com as lideranças do centro cirúrgico, com vistas a sensibilizar residentes e internos sobre a importância das metas internacionais de segurança do paciente, usando dentre as estratégias, uma simulação realística no próprio centro cirúrgico.

“... A sensibilização para toda a instituição, e agora mais recente a gente está com trabalho junto aos residentes e aos estudantes do internato.... Nós ficamos um dia com esses alunos, antes deles serem inseridos na prática, e aí a gente faz uma, como é que eu chamo? Uma simulação a gente monta um cenário. A gente teve essa experiência janeiro e março, foram as duas turmas recebidas, a primeira turma

sessenta e nove alunos, a segunda turma trinta e cinco alunos (Gestor 06)

As ações de sensibilização das equipes cirúrgicas foram realizadas dentro do próprio centro cirúrgico, por categorias profissionais – cirurgiões, anestesistas, enfermagem –, ficando a cargo da liderança de cada categoria/especialidade a sensibilização de sua categoria profissional.

“Nesse processo todo a gente teve até as reuniões com os cirurgiões que seria reuniões de engajamento para eles conhecerem o projeto, E o pessoal da enfermagem ficou responsável para fazer um treinamento dos técnicos. Os anestesistas em reunião destravaram algumas inquietudes que eles tinham com relação ao checklist, apoiaram mais.” (Gestor 05)

Concomitante às ações de sensibilização foram realizados treinamentos para as equipes cirúrgicas, utilizando materiais instrucionais desenvolvidos pelo projeto e outros materiais já disponíveis, tais como folhetos e vídeos educativos. Foram também realizadas simulações da aplicação do checklist com as equipes cirúrgicas, contando com a ajuda de uma anestesista, afastada das suas atividades laborais, em horários de menor movimento, principalmente nos plantões de sábado.

“Ela então começou a fazer um treinamento. Nós fizemos num sábado, primeiro dia, fazendo uma simulação de checklist lá. Foi bem engraçado que tinha uma menina lá, disse: Você agora é a paciente! Ia fazer a cirurgia era uma cirurgia de hérnia e fizemos esse treinamento...” (Gestor 05)

“No ano passado fez treinamentos, treinou toda a equipe tanto de enfermagem, como de residentes e anestesistas. Todos foram treinados com relação a como proceder nas três fases do processo de realização do checklist.” (Enfermeiro 01)

Ao considerar a participação dos profissionais de saúde nos treinamentos realizados, os entrevistados relataram uma maior adesão dos técnicos de enfermagem, seguidos dos residentes de anestesia, e uma menor adesão do “staff” médico. No intuito de solucionar essa baixa adesão dos médicos aos treinamentos, os cirurgiões entrevistados referiram-se ao uso de outras estratégias de engajamento dos seus colegas no processo, tais como: envio de e-mails para o corpo clínico da especialidade, mensagens individuais por WhatsApp, e conversas informais durante os intervalos das cirurgias.

A participação efetiva de algumas chefias no processo de implementação, foi reconhecida pelos entrevistados como um dos fatores positivos para o sucesso da intervenção.

Dentre as lideranças elencadas, destaque para um médico cirurgião que estava envolvido com a intervenção desde o primeiro projeto de extensão, atuando ativamente em todas as ações de implementação, atuando como chefe de uma especialidade cirúrgica e posteriormente, ocupando um cargo estratégico na alta gestão. Sua atuação no processo de implementação configurava-se como o que, Damschoder et al. (2009), chamava de ‘*champions*’, indivíduos que se dedicam a apoiar, divulgar e conduzir ativamente o processo de uma intervenção, minimizando barreiras e resistências que possam advir da organização. Citado por todos os profissionais entrevistados como um dos profissionais mais respeitados no hospital, a sua atuação foi reconhecida como fundamental para a adesão do checklist de cirurgia segura.

“O apoio da divisão médica, a pessoa de [nome da liderança], que além de ele ser atualmente o chefe da divisão médica, ele é uma pessoa que está muito envolvida com a cirurgia segura e tem a facilidade, digamos assim, pelo fato de ser médico também, de convencer, sei lá se esse é o termo, mas de persuadir a equipe.” (Enfermeiro 01)

As lideranças de enfermagem do bloco cirúrgico (inclui centro cirúrgico geral, ambulatorial e sala de procedimentos invasivos), e do centro cirúrgico, também foram consideradas pelos entrevistados, de fundamental importância em todo esse processo. Profissionais reconhecidas pelas equipes cirúrgicas e respeitadas na instituição atuavam há mais de dez anos no setor, sendo responsáveis pela gestão de todo o bloco cirúrgico, incluindo ações de gestão de materiais e equipamentos, confecção das escalas da categoria de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e gerenciamento de conflitos. O acúmulo dessas ações gerenciais trouxe a necessidade de uma enfermeira diarista direcionada às atividades assistenciais, a quem caberia assumir mais diretamente a aplicação do checklist nas cirurgias. A nova enfermeira, entretanto, terminou quase que integralmente absorvida pelas atividades assistenciais e, sendo diarista, com atividades laborais durante a manhã, e em dias comerciais, teve dificuldade em assumir ações relevantes à implementação do checklist durante todo o plantão diurno, período de maior movimento cirúrgico.

A partir da contratação de novos profissionais de saúde, foi possível recompor a equipe de enfermagem do centro cirúrgico, contando com mais uma enfermeira diarista, especialmente dedicada à implementação do checklist de cirurgia segura. Sua chegada no setor configurou-se como um “novo fôlego” para o processo de implementação, e ela tornou-se liderança local na aplicação do checklist, sendo reconhecida por todos os entrevistados como uma profissional referência para esse processo.

“Mesmo com esse treinamento, mas assim, o índice de falta de preenchimento

completo estava baixo. Foi quando apareceu [liderança enfermagem CC] como a liderança para a implementação do checklist. E realmente não tem dúvida alguma que o fato de ter sido empoderada como responsável por isso lá.” (Gestor 05)

Somadas às ações em curso, essa nova liderança assumiu a realização de novas sensibilizações para a equipe cirúrgica, realizadas no próprio centro cirúrgico, diariamente, de modo informal, no intuito de mobilizar os profissionais de saúde, para o adequado preenchimento do checklist de cirurgia segura.

“A gente tem aquela sensibilização no dia a dia, a gente vai falando: “Ó, gente o checklist, vamos fazer? Não foi feito, o que é que aconteceu?” É mais na sensibilização diária.... É mais pontual...E a gente via que está surtindo mais efeito.” (Enfermeiro 02)

Com importância amplamente propagada em experiências de melhoria da qualidade do cuidado de saúde, o papel da liderança também foi reconhecido como um dos fatores de sucesso para a implementação do checklist de cirurgia segura, considerando-se três níveis de liderança: (i) central, gestor da unidade e dos serviços apoiando o uso do checklist em todos os procedimentos cirúrgicos; (ii) por categorias, atuação direta junto a seus pares profissionais, monitorando e realizando devolutivas quanto a intervenção; (iii) local: profissionais reconhecidos pelos seus pares, exercendo influência em seu meio (TOSTES et al., 2016).

No decorrer do esforço de implementação do checklist de cirurgia segura no hospital, vale ainda destacar, a realização da segunda edição do “Workshop de Cirurgia Segura”, em fevereiro de 2016, abordando o tema da comunicação entre os profissionais do centro cirúrgico. Na ocasião a equipe do projeto foi convidada a participar, abrindo-se um espaço para a apresentação do projeto e ações que vinham sendo desenvolvidas, assim como fortalecendo a importância do uso do checklist como um importante instrumento para comunicação durante o ato cirúrgico.

Na aplicação do checklist nas três clínicas cirúrgicas selecionadas para o projeto, observaram-se algumas dificuldades operacionais, entre as quais a confusão gerada na separação de pacientes a terem o checklist do projeto preenchido ou não. Decidiu-se então ampliar o uso do instrumento para todas as especialidades cirúrgicas, assumindo-se a importância de fazê-lo na ótica do hospital, mantendo a seleção das clínicas somente na perspectiva de monitoramento dos resultados. Essa ampliação das clínicas se deu progressivamente, testando o processo para posterior ampliação de toda a capacidade instalada.

“... Em não fazer em todas também criava uma dificuldade que era você não ter

continuidade no processo do trabalho. Tipo assim: Vai ter uma cirurgia da [especialidade y]. Não, esse aqui eu não faço checklist. 'Agora vem outra. Essa aqui eu faço...'. Foi quando elas [lideranças enfermagem centro cirúrgico] nos deram a ideia de expandir... E hoje em dia a gente está tendo uma maior adesão com uso do checklist no centro cirúrgico. ” (Gestor 05)

“Porque quando a pesquisa estava acontecendo para três, algumas equipes se sentiram enciumadas. Então eles disseram: Por que é que a pesquisa não é comigo também?” [Risos]. Eu disse: Porque você não aderiu..., mas não seja por isso. Vai chegar o momento. 'Aí, a gente viu o momento exatamente nisso. ” (Enfermeiro 02)

Com a ampliação do uso do checklist de cirurgia segura para todas as clínicas do centro cirúrgico, e na perspectiva de facilitar o seu preenchimento, os profissionais de saúde e lideranças do centro cirúrgico, investiram na informatização do checklist, com o apoio do serviço de informática do hospital. Segundo entrevistados, a informatização foi um fator facilitador da adesão ao checklist.

“A informática ajudou muito. Então de um dia para o outro mesmo a gente mudou para o sistema. A gente criou um novo... A gente conseguia que o nome do paciente e o registro já viesse. ” (Enfermeiro 02)

A informatização do checklist não foi incluída como um elemento central da intervenção implementada pelo projeto, em função das dificuldades operacionais, e baixa governabilidade da equipe para dar conta dela nos hospitais envolvidos. Entretanto, as condições favoráveis para realizá-la no Hospital Renovação foram bem acolhidas, estando sempre presente, a consciência de que ações do projeto de pesquisa-intervenção estabeleciam interseções com ações que tinham de ser conduzidas pelos hospitais em face da regulação externa. O uso do checklist em formato eletrônico é reconhecido como um facilitador da adesão ao mesmo, ainda que se problematize o risco de baixa confiabilidade dos dados registrados, observando-se, inclusive situações de descolamento do preenchimento do formulário do procedimento cirúrgico (SATURNO et al., 2013).

Em novembro de 2016, um fato novo, de fora para dentro, incorre na colocação de novos elementos no processo de implementação do checklist de cirurgia segura no Hospital Renovação, que terminam por interagir e influenciar na evolução das ações que já vinham sendo conduzidas. O hospital passou a integrar o Projeto Paciente Seguro – Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP, desenvolvido pelo Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), do Ministério da Saúde (MS). O projeto

tinha como finalidade contribuir para a qualificação do cuidado em quinze estabelecimentos de saúde de todas as regiões do país, provendo apoio técnico à implementação das metas internacionais de segurança do paciente, incluindo a cirurgia segura.

Entre as ações do novo projeto, destaca-se a capacitação de lideranças na aplicação de ciclos PDSA (*Plan-Do-Study-Act* – “Planejar, Fazer, Estudar, Agir”), ferramenta gerencial amplamente utilizada na melhoria contínua de processos, que foi vista como facilitadora da identificação de aspectos que podiam ser melhorados na implementação do checklist, conforme endossado por outras experiências na literatura (ALPENDRE et al., 2017).

“O PDSA veio como uma ferramenta de melhoria rápido que foi fundamental para gente identificar o que é que a gente precisava melhorar, então, eu acho que foi fundamental isso.” (Enfermeiro 02)

O novo projeto também induziu a realização de novas reuniões das lideranças e profissionais do centro cirúrgico, com vistas a reorganizar as ações em curso, frente às novas demandas propostas pelo projeto “Paciente Seguro”, de escopo mais amplo. No que concerne à meta da cirurgia segura, os dois projetos terminam se fundindo, operacionalmente, no âmbito do hospital.

“E aí foi ótimo porque aí juntou principalmente o material que vocês trouxeram [Projeto] e sentamos: Vamos ver o que é que a gente vai fazer e o que é que temos de dificuldade e quais as sugestões da equipe.” (Enfermeiro 02)

Ambos os projetos (Fiocruz e Proadi-SUS) configuravam-se, na visão dos entrevistados, como importantes parcerias estabelecidas pelo hospital, propiciando benefícios como o apoio técnico às lideranças e suas equipes, e o acompanhamento do processo de mudança na implementação do checklist de cirurgia segura.

“Fico satisfeito desse acompanhamento, de saber que é um processo e como todo o processo tem suas dificuldades e seus desafios. E acredito que sempre deverá se buscar uma especialização, uma orientação por pessoas que tem o conhecimento de como devem acontecer, os procedimentos de checklist. E acho isso muito importante da pessoa estar sempre avaliando e reavaliando para a gente saber, se a gente está no caminho certo, o que a gente pode melhorar, o que a gente não deve fazer.” (Médico anestesista 03)

Colaborações entre setores do hospital foram se fortalecendo durante o processo de implementação do checklist, destacando-se a relação entre as lideranças cirúrgicas com o

Núcleo de Educação Permanente, que proporcionaram a adoção de novas estratégias de sensibilização com ênfase no pertencimento do processo aos profissionais envolvidos.

“A primeira coisa que a gente pensou foi: para que eu tenha uma boa adesão eu preciso ter o pertencimento, né?! Eu preciso entender que esse processo ele me pertence. Não está sendo uma coisa que é imposta, que eu tenho que fazer. Se eu não fizer, alguém vem apontar o dedo, vem reclamar. E o que a gente pensou foi: Vamos criar uma campanha dentro do centro cirúrgico e trazer um lado positivo. Por que eu deveria fazer um checklist de cirurgia segura? Por que eu tenho que preencher? Por que eu tenho que obedecer a todas as etapas? ” (Liderança 11)

Entre tais estratégias, sublinha-se a campanha “Seja um herói”, valorizando a adesão ao checklist de cirurgia segura, demonstrando que sua adesão pode salvar vidas. Através da divulgação, nas mídias internas do hospital, de fotos dos profissionais de saúde junto a um banner com o símbolo de verificação (☑) (Figura 3).

Figura 3: Campanha Seja um Herói, Hospital Renovação, 2017.



No momento da realização desse estudo, a campanha encontrava-se num estágio inicial, não sendo constatado resultados concretos, sendo considerada pelos entrevistados, como uma abordagem mais despojada e criativa para sensibilização dos profissionais de saúde. Mais importante que a efetividade da campanha, a iniciativa demonstrava que o hospital vinha incorporando diversas ações do processo de implementação.

5.1.2. Monitoramento e Avaliação

O monitoramento das ações desenvolvidas durante o processo de implementação iniciou-se com a construção de indicadores para monitoramento da adesão e preenchimento do checklist de cirurgia segura, e a notificação de eventos adversos via NSP.

Com base na análise amostral de prontuários, o indicador de adesão ao preenchimento de checklist foi construído a partir da coleta manual e mensal, realizada pelo NSP em parceria com as lideranças cirúrgicas de enfermagem. Ao observar os resultados do indicador, os entrevistados observaram um aumento progressivo da adesão ao checklist, passando para 64% de adesão no mês de fevereiro de 2017.

“É, taxa de adesão ao preenchimento do checklist. A medição era feita pelo núcleo de segurança e existia desde maio do ano passado. Aí teve meses que a gente atingiu 0 [gesto de zero com as mãos]. Não atingiu nada! [Risos] Era zero porque ele faz por lote que são sorteados aleatoriamente e o máximo que nós conseguimos foi 11%. E agora janeiro foi 41%, em fevereiro a gente atingiu 64% de checklist que é o preenchido completo com assinatura.” (Enfermeiro 02)

A partir do mês de março de 2017, as lideranças de enfermagem do centro cirúrgico passaram a contar com a colaboração das “burocratas”, funcionárias administrativas do setor que auxiliavam na coleta dos dados, com objetivo de analisar a totalidade dos prontuários cirúrgicos. As burocratas realizavam a conferência do preenchimento do checklist cirúrgico logo após o término da cirurgia, na sala de recuperação anestésica. Ao conversar com as referidas funcionárias, estas reconheceram não apenas a sua participação nesse processo, como também a importância do preenchimento adequado do checklist para a segurança do paciente.

“A gente está fazendo agora, nós do administrativo. A gente está fazendo a conferência no pós-operatório do checklist. A gente está vendo que algumas coisas podem ser identificadas ao longo com o preenchimento do checklist, em prol da segurança do paciente.” (Outros profissionais de saúde 04)

A notificação de eventos adversos através do aplicativo de Vigilância em Saúde, e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP) foi também reconhecida pelos entrevistados como uma ação de monitoramento, considerando a notificação como uma oportunidade educativa de atuar junto às equipes do hospital sobre os eventos e riscos, investigando, assim, possíveis causas para melhorias nos processos de trabalho.

“Ainda tem um índice de notificação no VIGIHOSP, bem mais importante. Então isso já melhorou, a notificação do VIGIHOSP, a garantia de que esse fato será apurado, estudado, corrigido o problema e não há punição. Isso é muito importante. Muito importante essa possibilidade de você "Puxa, aconteceu uma coisa aqui e eu num sei se não deu certo. Mas por que é que não deu certo?" E quando você vai observar tinham tantas falhas que é impossível ser uni fatorial...” (Liderança 08)

O VIGIHOSP é uma ferramenta de gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente, contribuindo para as notificações de riscos, incidentes em saúde, queixas técnicas, doenças e agravos de notificação compulsória. Utiliza-se de um software que atua, desde a identificação até a monitorização dos riscos, contribuindo assim para a investigação, a tomada de decisão e gestão da informação em tempo real (ANVISA, 2016).

As lideranças cirúrgicas utilizavam-se, portanto, de diferentes mecanismos para atuar junto às equipes cirúrgicas, tendo a partir dos dados monitorados, a oportunidade de realizar devolutivas aos profissionais, com vistas a construir soluções para mitigar as dificuldades encontradas, contribuindo assim para o processo de implementação.

“A gente está trabalhando com devolutiva para as equipes que não existia, que não sabia a diferença que estava tendo a missão dele, de como é que a participação dele interferiu na melhoria para o setor. Então agora a gente está com a divulgação em massa. Eu boto em todos os grupos [grupos de WhatsApp] o nosso gráfico desse mês, mandei para todo mundo: anestesista, cirurgiões, para o nosso grupo de enfermeiros e o nosso grupo de técnicos de enfermeiros. A gente está divulgando assim.” (Enfermeiro, 02)

As lideranças do centro cirúrgico também vinham realizando devolutivas em tempo real, com vistas a ajustar falhas no preenchimento do instrumento, monitorando de forma contínua o processo de implementação do checklist de cirurgia segura.

“As meninas às vezes pegam um checklist preenchido de forma incorreta, já trazem para mim, ou trazem para ela [Enfermeiro líder do CC] para que a gente possa dar as orientações para aquela pessoa que não fez da forma certa. Então a gente, eu me

sinto totalmente responsável junto com a equipe, com as demais equipes. A gente já está conseguindo caminhar, até agora. ” (Enfermeiro 07)

No sentido de sistematizar os resultados encontrados, as lideranças cirúrgicas construíram o “placar do checklist”, onde eram postados mensalmente – Gols: quantidade de checklists preenchidos de forma completa; Faltas: quantidade de checklists não preenchidos corretamente. Este placar ficava visível no mural de informações do corredor do centro cirúrgico, sendo na perspectiva dos entrevistados, outra iniciativa de monitoramento e devolutiva.

“Tornar visível esse dado como ela também, é, colocou lá o placar, isso, a gente achou fantástico porque a gente acredita que as pessoas não deixam de aderir simplesmente por não querer, mas talvez por a gente não encontrar a estratégia adequada de motivá-los. ” (Enfermeiro 07)

Apesar de todas as iniciativas elencadas, os entrevistados viam a necessidade de aprimoramento das ações de monitoramento e devolutiva, principalmente nos casos em que foi constatada alguma modificação do ato cirúrgico a partir do uso do checklist.

“Eu tenho observado que a equipe está mais comprometida de preencher, são poucos checklists que eu pego que não vem totalmente preenchidos. Eu já peguei caso que foi marcado que a cirurgia foi alterada pelo checklist. Então não sei o que é que aconteceu, mas alguma conduta teve que ser mudada pelo checklist. Já aconteceu de eu pegar casos assim, que eu não sei ao certo o que houve, qual foi a mudança de conduta, que ocorreu com esse...” (Circulante 04)

A necessidade do monitoramento e devolutiva contínuo também foi reforçada por Praxedes et al. (2017), que também constatou a necessidade de divulgação periódica dos resultados positivos e negativos, aprimorando assim as estratégias adotadas para uma melhor adesão do documento.

A retomada de reuniões periódicas da Comissão de Cirurgia Segura foi também sugerida para o monitoramento, e revisão das estratégias em curso. Durante a fase inicial da intervenção, a comissão reunia-se semanalmente, contribuindo efetivamente para o processo de implementação. Entretanto, no decorrer do processo, os entrevistados observaram uma redução na periodicidade dos encontros, sendo necessárias novas reuniões para continuidade e aprimoramento desse processo.

“A gente se reuniu antes da implementação, e depois da implementação isso ficou um

pouco mais devagar, mas eu acho muito importante. Acho que deveria ter reunião semanal sobre isso. Entender o que estava acontecendo, o que a gente errou e o que a gente poderia melhorar.” (Médico Anestesiologista 03)

Durante todo o processo de implementação foram observadas resistências de alguns membros da equipe cirúrgica na adesão ao checklist de cirurgia segura, sendo visto por alguns profissionais, como uma burocracia inútil, uma perda de tempo. Ao analisar os possíveis motivos dessa resistência, os entrevistados atribuíam à cultura de informalidade estabelecida no hospital como uma das causas que deveria ser mitigada.

“A nossa cultura dificulta muito, né, mas não sei se por sermos latinos, brasileiro, sei lá. A nossa cultura é dar uma conotação informal a tudo. Então termina desvalorizando ou subvalorizando. Então eu acho que existe um fator cultural muito grande. Soa para muita gente como mais uma burocracia inútil, digamos assim. E aí se eu não fizer, melhor, porque eu perco menos tempo. Eu acho que essa é uma crença cultural muito forte que tem que ser combatida.” (Médico cirurgião 09)

A resistência de profissionais foi um dos pontos identificados em vários estudos internacionais (SAX et al., 2009; FOURCADE et al., 2012; RUSS et al., 2013). Ao analisar as barreiras para adesão ao instrumento, identificou-se a justificativa de falta de tempo, e que a sua utilização atrasaria o início da cirurgia. Foram elencados outros motivos, tais como: a comunicação ineficiente entre anestesiologistas e cirurgiões, a ausência de liderança na condução do instrumento, o momento inadequado de verificação de itens, e a dificuldade em identificar o papel de cada profissional durante a aplicação. Especificamente em relação a este último aspecto, Treadwell et al. (2014), evidenciaram certa confusão da equipe cirúrgica sobre aspectos práticos do checklist.

Reforçando essa ideia, Russ et al. (2013), destacam que o checklist mal preenchido ou com baixa adesão pode gerar efeitos negativos adicionais, como a sensação de falsa segurança, podendo ser visto como uma ferramenta burocrática, fiscalizatória, e que pode ainda acentuar diferenças hierárquicas entre membros da equipe e gerar conflitos entre os profissionais. Os autores recomendam que o processo de implementação proporcione à equipe o “verdadeiro espírito” do checklist, que, para além de um preenchimento burocrático, busca fortalecer a cultura de segurança e, de fato, estimular a adesão a práticas seguras. Achados desta tese vão ao encontro aos resultados de publicações internacionais, reforçando a importância de se considerar a resistência dos profissionais como um dos elementos presentes durante o processo de implementação. Ainda que esforços já referidos de lideranças na implementação da

intervenção no Hospital Renovação tenham visado uma aproximação e redução das resistências entre profissionais, a experiência ratifica a complexidade de todo o processo de convencimento e estruturação organizacional necessárias, apesar da simplicidade do instrumento (MANRIQUE et al., 2015).

5.1.3. Perspectivas na continuidade do processo de implementação do checklist

Considerando os primeiros resultados da adesão do checklist de cirurgia segura no Hospital Renovação, os entrevistados apontaram a necessidade do fortalecimento das estratégias já adotadas, assim como novas estratégias – novas sensibilizações, educação permanente, empoderamento dos técnicos de enfermagem na condução do checklist, revisão de processos de trabalho, e envolvimento do usuário.

Foram propostas pelos entrevistados, sensibilizações recorrentes para os profissionais de saúde, com vistas a minimizar o “efeito manada”, ou seja, a naturalização do preenchimento do checklist cirúrgico sem muita reflexão do processo em prol da segurança do paciente.

“... Ações regulares e incentivo ao checklist são importantes. Porque eu acho que a tendência é que quando a coisa começa, existe uma adesão natural ali no efeito manada.... Vão incorporar isso à sua rotina diária e outros vão começar a deixar um pouco para lá e tende a apenas só marcar um X." Por causa da repetição das perguntas e das respostas, normalmente as respostas vão ser as mesmas.... Então, acho que ações regulares, que eu não sei qual seria a periodicidade disso aí, ou uma campanha regular. ” (Médico cirurgião 09)

Ainda que dados os atributos de segurança a serem incorporados na rotina cirúrgica, com vistas a propiciar melhor comunicação e integração da equipe cirúrgica (OLIVEIRA et al., 2017), o checklist, assim como protocolos eventualmente decorrentes, não podem ser impostos, sem, que, de fato, haja consciência da importância da sua correta aplicação (PANCIERI et al., 2013).

As equipes cirúrgicas ainda não haviam sido atingidas na sua totalidade, e as novas sensibilizações, na opinião dos entrevistados, deveriam atingir esse objetivo.

“E é a prova, assim de que a gente realmente só consegue com que o checklist seja implementado se, todas as categorias que fazem parte do centro cirúrgico estejam sensibilizadas, porque não adianta só a enfermagem puxar o checklist e o pessoal não corresponder. Tem que ser uma via de mão tripla: enfermagem, anestesia e cirurgia. ” (Enfermeiro 07)

Entrevistados ainda consideraram que as novas sensibilizações deveriam atingir os residentes das diversas profissões de saúde que desempenham suas atividades de ensino e pesquisa no hospital, devendo ser realizadas todo ano, de acordo com o calendário de entrada das novas turmas de residência.

“Nós já ultrapassamos a fase da sensibilização, mas eu percebo que ainda há quem precise ser sensibilizado, principalmente nós que temos anualmente entrada de uma leva de residentes” (Enfermeiro 01)

Foi também sugerido pelos entrevistados o envolvimento de mais lideranças, chefes de serviços, nas sensibilizações, com vistas a fortalecer e garantir a continuidade do processo de implementação do checklist de cirurgia segura, para todos os serviços no hospital.

“ Convidar os outros chefes da unidade, mostrar a ideia, para que compre a ideia e que isso comece a se definir para todos os grupos. ” (Médico cirurgião 10)

Em um contexto em que a legislação favorecia a ideia de obrigatoriedade do uso do checklist de cirurgia segura (BRASIL, 2013c), alguns entrevistados percebiam como desejável, que a Direção do hospital definisse a sua aplicação mandatória, sem que houvesse questionamentos dos profissionais quanto a pertinência e importância da sua utilização.

“Fortalecer as lideranças, né, eu acho que não há mais tempo para dizer que não vai fazer porque não quer fazer. Se a literatura diz, se a legislação reforça, se nós profissionais da instituição entendemos a importância, porque é que nós vamos deixar a critério da vontade do profissional fazer ou não fazer? Eu acho que não há mais tempo para isso. ” (Gestor 06)

Tal ponto de vista parece ter respaldo em estudo que relacionou baixa adesão ao checklist com não a sua obrigatoriedade institucional (HANNAM et al., 2013). Segundo os autores, mesmo com o envolvimento da alta gestão do hospital junto às equipes cirúrgicas e a presença de lideranças, apenas a negociação não foi suficiente para o uso da ferramenta.

Avaliando o processo corrente de implementação, entrevistados manifestaram que o processo ainda era frágil em algumas equipes cirúrgicas, o que reforçava a necessidade de mais engajamento dos cirurgiões.

“Engajar mais os cirurgiões, porque quando eu estou lá e peço isso é uma coisa, mas quando tem outro cirurgião que não sou eu, eu tenho certeza que a coisa é mais frágil, entendeu. Então isso depende muito do cirurgião, e eu acredito que esse engajamento, ele só acontece quando você entende o que é que esse projeto pode significar. ”

(Gestor 05)

Se, por um lado, a resistência dos cirurgiões pode ter, em alguma medida, a ver com o seu baixo envolvimento desde o início do processo de implementação (RIBEIRO et al., 2017), por outro, havia a expectativa de que o seu engajamento e de toda a equipe cirúrgica pudesse ser potencializado. Alguns entrevistados referiram-se à necessidade de mais “pertencimento” dos profissionais ao processo, com a sua inclusão na construção das estratégias.

“E a questão do pertencimento, né?! Se eu tenho um processo em que eu sinto que eu pertenço àquele processo é claro que eu vou interagir com ele de forma diferente. Se eu estou à margem do processo, se o processo não foi desenhado junto comigo, simplesmente chegou lá uma folha e essa folha é chamada checklist de cirurgia segura e agora cumpra-se? Por que cumpra-se? Então são questões que a gente tem que recomendar a pensar.” (Gestor 11)

A necessidade do envolvimento da equipe no processo de implementação foi também discutida por Dackiewicz et al. (2012), que destacaram a importância de que a equipe tenha consciência da sua importância para o sucesso da intervenção, e acredite, efetivamente, nos benefícios do checklist para o paciente.

Numa perspectiva de expansão do uso do checklist, entrevistados abordaram ainda a possibilidade de concessão de mais poder e melhor treinamento dos técnicos de enfermagem, para a condução verbal dos itens de verificação do checklist de cirurgia segura durante o ato cirúrgico. Os técnicos de enfermagem, na função de circulantes no centro cirúrgico, eram relativamente numerosos, faziam-se presentes em todas as etapas da cirurgia, e passaram a ser considerados pelas lideranças cirúrgicas como os profissionais mais adequados para a condução da aplicação do instrumento, em substituição aos enfermeiros.

“Eu acho que precisaria, é, talvez, treinar melhor o técnico de enfermagem para ele ter a liderança, o empoderamento de chegar na hora lá e interromper e pedir para fazer. Então precisaria treinar melhor eles...” (Gestor 05)

No sentido de apoiar essa condução, os entrevistados sugeriram uma retaguarda das lideranças locais e da alta gestão, apoiando e protegendo os técnicos de enfermagem em relação a possíveis melindres durante o preenchimento do checklist de cirurgia segura.

“Sinalizando que de verdade, a gente precisa empoderar esses profissionais e ter alguém de retaguarda para protegê-los também, dizendo: Olha, aqui a decisão é essa, está institucionalizado.” (Gestor 06)

Alguns estudos nacionais salientam a possibilidade de qualquer profissional que participe do procedimento cirúrgico possa conduzir o checklist junto à equipe cirúrgica, com autoridade para interrupções ou impedimento do ato cirúrgico, quando detectado riscos para o paciente (SOUZA et al., 2016). Entretanto, experiências internacionais mais consolidadas já demonstraram que este tipo de condução foi atravessado por diferenças hierárquicas entre profissionais da equipe cirúrgica, traduzidas em resultados insatisfatórios, tais como: variabilidade no preenchimento, instrumentos incompletos e principalmente, a baixa confiabilidade entre os instrumentos preenchidos e o ato cirúrgico realizado (AVELING et al., 2013). Tais resultados reforçam a importância de repensar o papel desta liderança local na condução do checklist na sala cirúrgica, com vistas a real e desejável valorização, e aplicação do checklist como uma ferramenta de integração e comunicação entre a equipe cirúrgica.

Foi também questionada a possibilidade de se buscar novas ações de educação permanente dos profissionais do centro cirúrgico, aplicando novas metodologias educativas, com vistas ao maior envolvimento das equipes e um processo mais colaborativo e menos tradicional. No entendimento de alguns entrevistados o uso de modelos tradicionais de capacitação era um empecilho para o alcance dos objetivos pretendidos.

“É você capacitar e capacitar de forma permanente. Então existem situações em que você vai capacitar uma equipe. Você leva todo mundo para dentro de uma sala de aula, senta um atrás do outro naquele regime bem militar e você está ali na frente como dono do saber e do poder. Então isso, muitas vezes também é um empecilho. Que outras formas você teria, para capacitar essas pessoas?” (Gestor 11)

A sensibilização e treinamento para uso do checklist deveria ser realizada de forma contínua junto aos profissionais, suscitando a importância da sua adequada utilização e a contribuição de cada um dos membros da equipe cirúrgica no processo de implementação (FREITAS et al., 2014; OLIVEIRA, 2017). Nesse sentido, surgiu como propostas a confecção de um vídeo educativo em parceria com a Unidade de Desenvolvimento de Pessoas do próprio hospital, e com o um Mestrado de Qualidade em Assistência da saúde da universidade, onde os próprios profissionais do centro cirúrgico seriam os atores na demonstração do checklist.

“A gente está pensando, mais para a frente, uma parceria com o NEP, de fazer alguma coisa, uma ideia que os técnicos daqui tiveram e coincidentemente o Dr.[liderança] também teve, da gente fazer um vídeo do centro cirúrgico, do nosso checklist de cirurgia segura, da forma correta, como é que você faz.” (Enfermeiro 07)

As estratégias descritas também foram citadas por outros autores (TREADWELL et al.,

2014; WELLER e BOYD, 2014; PRAXEDES et al., 2017), que reforçam a importância de sensibilizações permanentes, treinamento, e responsabilização dos profissionais de saúde na sua adequada utilização.

A partir da utilização do checklist de cirurgia segura, alguns entrevistados foram percebendo problemas presentes no centro cirúrgico, atribuindo à sua adoção, um papel importante na identificação e correção de diversos processos de trabalho.

“Eu vejo o checklist como uma cadeia de eventos que na verdade ele só vai, como o próprio nome fala, ele só vai checar os processos que já deveriam ter acontecido, entendeu? Mas, na hora que você implementa o checklist, começam a surgir os problemas, eles começam a ficar visíveis, os processos de dentro do hospital. A partir do momento que você tem um checklist, ele obriga a você ver os problemas que existem nos processos e, naturalmente corrigi-los. Esse para mim é o grande ganho.” (Médico cirurgião 10)

Entrevistados viam a necessidade de revisão de alguns processos internos do centro cirúrgico, além de rotinas estabelecidas entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), acreditando que essas modificações ampliariam a adesão e reconhecimento dos profissionais de saúde quanto à importância do checklist de cirurgia segura.

“Eu acho que para ter uma melhor adesão, uma melhor aceitação das equipes que ainda não fazem, é que os processos todos, eles precisam funcionar. As pessoas se sintam mais à vontade de dar um passo a mais. Porque eu vejo checklist como mais um passo na segurança, mas outros também são importantes e não fazem parte do checklist e precisam acontecer: tempo para chegar no centro cirúrgico, horário de começar a cirurgia. O horário da vaga que é dada na UTI tem que ser cedo e normalmente a gente só sabe às nove da manhã. Então, esses processos, de uma maneira geral, eles precisam funcionar...” (Médico cirurgião 10)

Adicionalmente, alguns entrevistados destacaram a visão de uma interação potencializadora de efeitos positivos entre a aplicação do checklist de cirurgia segura e a adesão a outras metas de segurança do paciente, como, por exemplo, a meta de identificação do paciente.

“A gente vê que os registros no prontuário interferem na cirurgia segura? Claro que sim. Interfere para identificar melhor os pacientes? Claro que sim. Se não tiver a identificação correta ele não se comunica bem. E é cadeia, um processo, uma meta está interligada com a outra. A gente não sabe tratar uma individual, a gente tem que ter os grupos separados porque, enfim, um tem que pensar mais focado em

determinados temas, mas aqui a gente tem que visualizar o todo. ” (Gestor 06)

Outras duas estratégias relevantes, mas que apareceram em falas mais isoladas nas entrevistas reportam para a perspectiva de mais envolvimento do usuário e da implementação de ações de apoio aos profissionais de saúde após eventos adversos.

O investimento nas relações com o paciente se faz necessário, não apenas na sala cirúrgica, mas em todas as estações de cuidado cirúrgico. Ainda são muito frequentes situações em que o paciente/acompanhante não possui conhecimento pleno sobre o procedimento cirúrgico realizado, pela ausência de uma comunicação efetiva entre profissionais e pacientes/acompanhantes (PANCIERI et al., 2013). Por outro lado, o paradigma dominante, é ainda o da culpabilização dos profissionais de saúde acerca de falhas humanas presentes na produção de danos aos pacientes (CORONA e PENICHE, 2015), sendo necessária a valorização, por parte dos profissionais, das atitudes dos profissionais de saúde em prol da segurança do paciente, e, cabendo às organizações, realizarem ações visando à construção de uma cultura de notificações e aprendizagens sobre os erros.

Mesmo com a implementação do checklist ainda em curso, com estratégias a serem efetivadas, os entrevistados já conseguiam identificar avanços nos processos cirúrgicos, aumentando a visibilidade do hospital frente a outros serviços de saúde da região. Este destaque feito por entrevistados reforçava o sentido da continuidade e fortalecimento das ações, inclusive com vistas ao compartilhamento da experiência com outros serviços de saúde.

“Hum, eu acho que a, o hospital está muito visto em relação a isso, está sendo um pouco de referência em relação a isso. Então eu acho que esse destaque do hospital faz a gente assumir um compromisso maior ainda de que temos que manter, temos que preservar isso e progredir obviamente, mas é uma coisa que assim, tem que ser mantida. O Hospital está sendo muito visto. Inclusive, assim, a gente já foi até convidada por outros hospitais privados, pessoas procurando a gente para saber como essa implementação. Então assim, vai ser uma coisa que a gente vai poder dividir, repassar.” (Enfermeiro 01)

5.2. HOSPITAL PERSEVERANÇA

5.2.1. Dificuldades no caminhar: elementos do contexto

No intuito de compreender alguns elementos do processo de implementação do checklist no Hospital Perseverança, faz-se necessária uma breve discussão sobre a crise do Estado do Rio

de Janeiro. Durante toda a realização desta tese, o hospital foi impactado diretamente pela instabilidade orçamentária, justificada pela crise.

A crise multifatorial já vinha apresentando seus sinais bem antes de sua oficialização, fruto da combinação de fatores tais como recessão econômica, retração nas atividades petrolíferas, queda na arrecadação fiscal, déficit previdenciário e corrupção, levando à prisão de vários líderes políticos, dentre eles dois ex-governadores do Estado.¹ Foi oficializada através da Lei Estadual nº 7483 de 08 de novembro de 2016, pelo governador Luiz Fernando de Souza, reconhecendo assim o estado de calamidade pública no âmbito da administração financeira do Estado do Rio de Janeiro. No mesmo documento, o governador comprometia-se em elaborar um plano detalhado de medidas para o enfrentamento da calamidade. Entretanto, um ano após tal decreto, o Estado continuava com os mesmos problemas, impactando diretamente na remuneração dos servidores estaduais ativos, que colecionavam atrasos recorrentes de pagamentos desde março de 2015.²

Sob o ponto de vista de alguns entrevistados no Hospital Perseverança, as consequências observadas eram graves, como, por exemplo, a redução ou interrupção dos atendimentos, frente a uma sociedade adormecida. A crise assombrava não apenas o hospital, mas todos os serviços de saúde estaduais, impondo a necessidade de uma maior discussão sobre a saúde pública no Estado, considerando questões desde a responsabilidade da gestão federal na mitigação dos graves problemas, até a mobilização da sociedade.

“Não é só o [Hospital] que está nessa crise, são todas as unidades do Estado...Eu acho que a gente tem que discutir o problema da saúde pública... Então assim está muito difícil. Eu estou muito decepcionada, com a gestão estadual e com a falta de fiscalização federal em cima disso. Porque isso chegou a um ponto em que nada foi fiscalizado até agora, no meu ponto de vista. Eu acho que a sociedade está muito adormecida, porque paga seus impostos, mas assim não vê que a saúde é para eles.
(Enfermeiro 05)

¹ “A situação é falimentar”, diz o secretário da Fazenda, Gustavo Barbosa. A Federação das Indústrias do Estado prevê que, mesmo com o plano de recuperação fiscal, o Estado voltará a arrecadar mais do que gasta somente em 2029. Apenas em 2038 o Estado será capaz de pagar, integralmente, os juros e a amortização da dívida com a União. A corrupção disseminada por toda a administração agravou o quadro e acabou por levar à prisão um ex-governador, ex-secretários e cinco dos sete conselheiros do Tribunal de Contas (O Estado de São Paulo, 23 de abril de 2017)

² Há exatos 365 dias, o governador em exercício do Estado oficializava a pior crise já enfrentada pelo estado. No aniversário da calamidade financeira, o **G1** lembra a crise que teve como efeitos o drama dos servidores públicos que lutam para sobreviver com os salários parcelados e atrasados e a quase falência de serviços elementares para os cidadãos, como os de saúde, educação e segurança pública. (Portal de Notícias G1, Globo em 17/06/2017)

Toda esta problemática impactava diretamente nas atividades assistenciais, sobretudo na vida dos profissionais de saúde. Palavras como “desânimo”, “desesperança” e “impotência” eram ditas com frequência pelos entrevistados ao relatar como vinham lidando com aquele momento do hospital.

“Essa situação toda. Muita gente, a maioria, perde um pouco o ânimo de fazer as coisas, de tentar melhorar, desenvolver mais. Não é todo mundo, mas, assim, a grande parte fica contaminada por esses pensamentos, que infelizmente tem razão. Não tem dinheiro...” (Médico cirurgião 08)

“Não está sendo fácil, sabe? E eu fico assim: como o Estado não vê a importância desse hospital? Eu estou muito triste.... Às vezes fico até com vontade de chorar [breve pausa], porque a [Universidade] é tudo para mim. Ver a universidade assim acabando? Desculpa. [Começa a chorar]” (Enfermeiro 05)

Dentre os principais efeitos causados pela crise, o atraso na remuneração dos servidores estaduais era o que trazia maior preocupação para os profissionais de saúde, incluindo a sua própria sobrevivência, dada a recorrência.

“... As pessoas não estão envolvidas. Elas tão ali presentes, mas efetivamente tão pensando, sei lá que não recebeu. Tem uma série de coisas que torna, como é que eu vou dizer, um esforço que você faz, mas ao mesmo tempo você tem algo que não te sustenta...” (Liderança 01)

A situação dos recursos humanos impactava na composição das equipes para as atividades assistenciais. Num momento onde os profissionais estavam imersos em preocupações com sua própria subsistência, abordar temas na área da segurança do paciente era considerado, por alguns entrevistados, como um total desrespeito, uma contradição.

“É salário, basicamente é salário. Não tem outra não. A dificuldade de você reunir as pessoas.... Tem gente que não vem trabalhar porque não tem dinheiro para vir trabalhar.... Basicamente é isso, acho que não teria outro entrave não. ” (Gestor 02)

“Eu acho que é um desrespeito. Como é que eu vou falar de Segurança do Paciente se você não paga o que cuida dele? Cara, é uma contradição! É uma contradição! A gente não está tendo tanto problema que eu perceba...Mas a questão salarial, pelo amor de Deus. Essa é a dignidade de todo mundo, gente, de todo o trabalhador. Isso não podia estar acontecendo. Não podia!” (Enfermeiro 05)

Toda essa problemática gerava tensão entre os profissionais de saúde, afetando

especialmente a enfermagem (profissionais de nível superior e nível técnico), categoria mais prejudicada pelo atraso de pagamentos, considerando a carga horária dedicada ao hospital e o conseqüente peso da remuneração percebida na renda mensal. Considerada por alguns entrevistados o “tendão de Aquiles”, a categoria encontrava-se fragilizada, o que contribuía diretamente na redução das atividades assistenciais.

“Acho que a enfermagem é o tendão de Aquiles. Eu tenho uma equipe de anestesia que não modificou, ela se organizou um pouco. Eu ainda tenho as equipes cirúrgicas com muita vontade de operar e trabalhar independente da questão do Estado.”
(Médico cirurgião 06)

Outros elementos estruturais do hospital estavam alterados em função da crise, tais como os recursos materiais e os contratos terceirizados, afetando o funcionamento do hospital e trazendo para o cotidiano dos profissionais de saúde a sensação de incerteza frente ao futuro.

Em relação aos contratos terceirizados, os entrevistados relataram que a irregularidade no pagamento dos serviços trazia alterações na rotina assistencial. Um dos contratos, o do serviço de limpeza, já tinha sofrido inúmeros atrasos, contribuindo para a redução da capacidade instalada do centro cirúrgico previamente. No momento da realização das entrevistas, tal contrato encontrava-se regularizado, mas a sensação de instabilidade pairava no ar, em função de inúmeros cortes nas outras unidades estaduais.

“O contrato de limpeza no momento está ok, mas é tudo uma incógnita. O Estado pagou hoje, mas você não sabe se ele paga amanhã. Cortaram o telefone de não sei de onde [outra instituição estadual]. Isso aqui ainda não aconteceu, mas você fica com aquela dúvida, em saber se efetivamente algo aconteceu, ou pode acontecer, porque fica aquela coisa no ar.” (Liderança 01)

Quanto aos recursos materiais, os entrevistados não o referiam como um problema, apesar de relatarem discontinuidades pontuais de alguns itens. A redução da produtividade do hospital permitiu o abastecimento necessário somente com uma parcela dos recursos. Entretanto, a perspectiva de retomada da capacidade produtiva do hospital colocava a questão dos materiais como uma possível ameaça, dado a maior parte dos recursos financeiros se originarem do nível estadual.

“Porque o que tem faltado não é algo que impacte em uma produção, é algo pontual que não tem hoje, mas sei lá daqui a dois dias tem. E não impacta no sentido de suspender um procedimento cirúrgico porque não tenho aquele determinado material. O mapa diminuído, o consumo ele fica menor. Então como você tinha uma

previsão de algo maior, aquilo que vem mesmo que de repente, a parcela da entrega da licitação que não aconteceu por um pagamento, mas como houve a redução do consumo anterior.... Ainda vem suprindo...” (Gestor 01)

No intuito de minimizar os efeitos da crise na assistência prestada, a alta gestão do hospital e chefes de serviço reuniam-se periodicamente para construção de estratégias de enfrentamento. Entretanto, os entrevistados reconheciam que a instabilidade atuava como importante barreira para a implementação do checklist de cirurgia segura, aumentando a resistência dos profissionais às modificações nos processos de trabalho.

“Hoje a gente foi começar o mapa às 10:30 da manhã porque teve uma reunião do diretor. Várias cirurgias agora, não sei se vai ter, se vão ser suspensas. Não tem pagamento. Tudo isso são coisas que vão minando a possibilidade de você construir alguma coisa. As pessoas não têm, dinheiro, não tem paciência. Não quer nem pensar na coisa não. Não é assim: Ah, mas você já está fazendo...”porque é coisa simples, “Você já não está fazendo o seu trabalho”, mas não, é: Não, eu não quero ter mais essa ocupação.”(Médico Anestesiologista 03)

“É, interferindo negativamente a situação do hospital e as condições que a gente está trabalhando hoje de um nível de estresse elevado, qualquer coisa que você solicite um pouco a mais, na realidade não é a mais, é o que deveria já existir, mas que não existe, é já é visto de forma negativa. ” (Liderança 02)

Um conjunto de medidas foi estabelecido, tendo como proposta reorganizar as atividades do hospital, com vistas a garantir um funcionamento adequado e de qualidade para a sociedade, mesmo que com menor quantidade de atendimentos até que a remuneração dos profissionais viesse a ser reestabelecida.

“ Conversando com a direção, cada setor se reorganizou e viu seus problemas em relação ao funcionário, porque tem funcionário que só trabalha aqui. Chegou a ficar 3 meses sem salário. Agora estão dois meses com salário atrasado e a pessoa realmente alega que não tem dinheiro para passagem, está com dificuldade financeira. Então o hospital teve de se reestruturar em relação a isso. ” (Médico cirurgião 07)

Ao analisar como essa estratégia vinha sendo adotada no centro cirúrgico, alguns entrevistados identificaram certa desmobilização do setor, em função do absenteísmo de vários profissionais, incapacitados de comparecer ao hospital pelo não recebimento dos salários. A redução da capacidade instalada impactava diretamente na produtividade dos procedimentos cirúrgicos.

“As equipes estão muito reduzidas, de enfermagem. Essa equipe não consegue mobiliar todas as salas, toda a demanda que o hospital tem e aí fica difícil para a gente poder manter essa atividade. Então tem que ter esse rodízio de salas, rodízio de dias, tem que ter diminuição de leitos, isso tudo vai criando uma bola de neve que vai influenciando no resultado à frente.” (Médico cirurgião 06)

A redução da capacidade instalada também impactava no processo de implementação do checklist de cirurgia segura, visto que a redução do movimento cirúrgico comprometia na utilização recorrente do checklist, reduzindo a oportunidade de aprendizado, principalmente para os residentes.

“Influencia sem dúvida nenhuma. Ela tira o seu volume cirúrgico e aí tira o seu volume de treinamento. Por exemplo, se eu tivesse operando com meu mapa normal, os meus residentes estariam treinando a questão do checklist de uma forma muito mais acentuada. Então, ele estaria muita mais adestrado com relação a isso.” (Médico cirurgião 06)

De acordo com Fragata (2010), o volume de cirurgias contribui para a qualidade e a segurança dos pacientes atendidos, como também para o treinamento das equipes cirúrgicas, principalmente para o pessoal menos experiente. A realização de cirurgias múltiplas, ou de alta complexidade, depende de uma multiplicidade de processos, de trabalho de diversas áreas, que requerem maiores volumes de produção.

A crise trazia ainda dificuldades na conciliação de agendas entre as lideranças dentro do próprio serviço e também com chefias de outros serviços do hospital, o que, sob a perspectiva dos entrevistados, também dificultava a implementação de novos processos.

“Está esbarrando nesse momento nosso de desmobilização, de não estar se encontrando dentro da Instituição. Sim, porque nesse momento de desmobilização e de dificuldade de presença, realmente é muito ruim.” (Enfermeiro 09)

Outro elemento que emergiu relacionava-se ao processo de transição das chefias a partir da mudança da alta gestão do hospital, composta em parte por lideranças cirúrgicas que conduziam o projeto de implementação do checklist de cirurgia segura desenvolvido junto à Fiocruz. Reconhecida pelos entrevistados como uma parceria institucional que contribuiria para a implementação do checklist no hospital, esperava-se que o projeto passasse a ser fortalecido na nova gestão, que apoiaria tecnicamente as estratégias desenvolvidas na pré implementação. Por outro lado, o reflexo na mudança das lideranças dos serviços, era visto como uma oportunidade de maior motivação para os profissionais no sentido do estabelecimento dos

processos necessários.

“Uma das coisas que eu vejo como positivo foi a mudança da chefia. Eu não sei até se o próprio projeto [Fiocruz] consegue perceber isso. Eu vejo na fala das pessoas que elas estão valorizadas. A partir disso, eu tenho mesmo que seja uma pequena motivação em fazer algo.” (Gestor 02)

Entretanto novas chefias intermediárias que assumiram serviços estratégicos, tais como a enfermagem e o centro cirúrgico, precisavam ser envolvidas no projeto, o que terminou sendo afetado, na opinião de alguns entrevistados, pela crise que o hospital atravessava e a desmobilização resultante das equipes.

“E esse pouco tempo de chefia é muito pouco, porque aí você apresenta tudo, daqui a pouco o pessoal sai, aí você tem que fazer tudo de novo, convidar tudo de novo, mostrar que é um projeto da Fiocruz, que é ‘não-sei-o-quê’, que é meta do Ministério da Saúde. Isso desgasta principalmente no momento que a gente está vivenciando?” (Enfermeiro 05)

No intuito de envolver as novas lideranças nas ações de segurança do paciente do hospital, o NSP, em parceria com a alta gestão, solicitou ao Instituto de Medicina Social (IMS) o desenvolvimento de um curso de gestão em saúde, com ênfase em Qualidade e Segurança do Paciente. Esperava-se que esse curso oportunizasse a novos profissionais um espaço de aprendizado e construção de novas estratégias para o hospital.

Outra iniciativa destacada pelos entrevistados referia-se à participação do hospital no Projeto Paciente Seguro, do Proadi-SUS, conduzido por hospitais filantrópicos de excelência, com a participação de quinze hospitais públicos. De acordo com os entrevistados, a troca de experiências entre os hospitais inspirava a construção de novas estratégias para a implementação das metas de segurança do paciente.

“Esse vai ser o segundo encontro na realidade, esse ano. E é bom porque a gente troca com os outros hospitais do Brasil. São 15 hospitais contando com a gente. Da última vez foi muito bom porque a gente conseguiu várias ideias para implementação” (Enfermeiro 09)

A troca de experiências entre os hospitais participantes do projeto, assim como as experiências prévias de alguns profissionais de saúde na utilização do checklist de cirurgia segura de outros hospitais foram elencados como fatores que vinham contribuindo para o processo de implementação do checklist no Hospital Perseverança. Entretanto, alguns

entrevistados diziam que, para além das experiências, era necessário algo maior que pudesse provocar efetivamente mudanças no hospital diante da crise.

“Eu acho é que a grande maioria dos nossos servidores, eles já têm experiência em hospitais privados, da aplicação do processo. Não é dizer que eles não acreditem, eles estão precisando é de algo que movimente para que a coisa aconteça, efetivamente.” (Enfermeiro 09)

Por fim, esperava-se que a conclusão da reforma de parte do centro cirúrgico geral fosse facilitar o processo de implementação do checklist de cirurgia segura, com a abertura de novas salas cirúrgicas e qualificação da capacidade instalada. Porém, nas observações feitas durante o estudo, constatou-se que a utilização do centro cirúrgico estava se dando em esquema de rodízio, utilizando as salas cirúrgicas da ala reformada e da ala antiga, em função de pendências na finalização da obra para a sua efetiva utilização, tais como tomadas, itens de marcenaria e outros. A continuidade da obra da outra metade do centro cirúrgico ainda se mantinha sem previsão.

5.2.2. Processo de implementação

Os entrevistados destacaram a realização de diversas reuniões entre as lideranças para construção de estratégias de implementação do checklist de cirurgia segura, apesar de reconhecerem a baixa capacidade de resolução dessa iniciativa frente a complexidade dos problemas enfrentados durante a crise.

“A gente tem feito reuniões, buscando de alguma forma o desenvolvimento daquela prática, daquela atividade, para que a gente motive as pessoas de alguma forma ao desenvolvimento. É, basicamente o que tem sido feito são essas reuniões para tentar de alguma forma mudar isso. Mas é algo que é mínimo perto do que poderia, ou que efetivamente pudesse acontecer para mudar esse cenário.” (Gestor 01)

Durante a realização do trabalho de campo foram percebidas uma série de iniciativas promovidas pelas novas lideranças do centro cirúrgico, como a criação de novas rotinas, formulários e novos processos que vinham sendo implementados, conferindo ao serviço um clima de maior organização, mesmo com toda a desesperança relatada pelos profissionais de saúde.

“Todas as salas possuíam folha de sala organizadas e fixadas em cada sala cirúrgica. Os livros de registros encontravam-se atualizados Ambiente silencioso, limpo, organizado. Andei pelo serviço acompanhada de uma plantonista que foi me

mostrando toda a estrutura, a salas operantes do dia em função do rodízio. Ao mesmo tempo que ela falava da desesperança por dias melhores orgulhava-se em mostrar os registros nos livros, os controles todos padronizados. ” [Notas do trabalho de campo]

Segundo os entrevistados, o processo de implementação do checklist de cirurgia segura também induziu a revisão de processos afins relacionados a outros serviços do hospital, envolvendo a parceria do NSP, das novas lideranças do centro cirúrgico e da Direção.

“Fez com que a gente enxergasse algumas etapas de processos inexistentes, ou processos que estavam mal trabalhados. Para a gente ajustar mais todos os processos” (Enfermeiro 05)

O termo de consentimento para o ato cirúrgico foi padronizado, unificado para todos os serviços e aprovado pela Direção, seguindo para análise pela Procuradoria Geral da UERJ, e posterior divulgação e implementação no hospital. A implementação do protocolo de antibioticoterapia profilática também foi vista como uma necessidade, e colocada em curso. Protocolo importante para o ato cirúrgico, entrevistados falaram sobre a sua implementação, já iniciada em algumas clínicas e com previsão de difusão para todo o hospital.

“Nesse momento a gente já teve a discussão com os diversos serviços sobre os antibióticos profiláticos indicados e o tempo ideal de uso de aplicação. Já fizemos com a cirurgia geral, já fizemos com a obstetrícia, já fizemos com a cirurgia vascular, esses três já estão trabalhados e a gente está verificando no dia se isso está acontecendo ou não. ” (Enfermeiro 09)

A antibioticoprofilaxia faz parte do conjunto de medidas que tem como objetivo reduzir a incidência de infecções no sítio cirúrgico. Um dos itens de verificação do checklist de cirurgia segura, o protocolo ainda faz parte dos desafios encontrados nos hospitais para sua efetiva implementação, como na experiência descrita por Gouvêa et al. (2016) sobre o uso do antibiótico profilático em um outro hospital universitário.

Os entrevistados identificaram a ausência de protocolos como um dos pontos passíveis de melhoria no hospital, acarretando falhas em processos que terminavam afetando atividades assistenciais em efeito cascata.

“A gente ainda tem algumas coisas falhas em relação a protocolo. A gente tem muito pouco e aí as coisas acontecem em cascata. Se eu não tenho uma coisa, o que é subsequente àquilo fica complicado. ” (Gestor 01)

Para além da crise, a alta rotatividade de lideranças no centro cirúrgico, especialmente as de enfermagem foi apontada como um dos fatores que contribuía para a descontinuidade de esforços no sentido do estabelecimento de rotinas.

“Então o Centro Cirúrgico já teve, acho que, está indo para a quarta chefia de enfermagem, o que dificultou muito a gente a trabalhar.” (Enfermeiro 05)

O NSP manteve durante todo o período sua estratégia de comissões temáticas para a implementação das metas de segurança, dentre elas o grupo de trabalho da cirurgia segura. Ao avaliar o processo de implementação do checklist de cirurgia segura no hospital, alguns entrevistados consideravam como uma ação em andamento, mas lenta em virtude das circunstâncias geradas pela crise do Estado.

“... a implantação está meio que arrastada, porque a gente está num momento ruim né, em termos de, de Estado que tem reflexo aqui dentro da Instituição, então a gente tem equipes que tão mudando muito, e isso está embarreirando mais especificamente a implementação, né?!” (Enfermeiro, 09)

Percebeu-se nas falas de todos os entrevistados certa frustração e decepção em relação ao atraso no processo de implementação do checklist, o que também foi registrado em outras experiências de implementação do checklist em hospital universitário de Minas Gerais (RIBEIRO et al., 2017). No Hospital Perseverança, entretanto, o sentimento era conjugado à avaliação de que as iniciativas adotadas eram potentes, mas fortemente afetadas pelo contexto externo muito desfavorável.

Dentre as ações em execução no hospital, as atividades de sensibilização e treinamento foram as mais citadas pelos entrevistados. Tais ações são comumente referidas em experiências nacionais e internacionais, como primeiro passo para mobilização da equipe cirúrgica e dos demais profissionais de saúde nos hospitais para a adequada utilização do checklist como ferramenta para uma cirurgia segura. Todavia, nos relatos de como se deu o processo de sensibilização, os entrevistados destacaram aspectos que apontam para condições indesejáveis na implementação das ações, tais como a fragmentação por categorias profissionais, a irregularidade das sessões de sensibilização e o não envolvimento de todos os atores do ato cirúrgico como uma equipe.

“É, ela me pediu para que, à medida que fosse sendo implementada a ficha, que a gente orientasse os residentes para preencher. Nós temos uma, como se fosse, apostila de Normas de Serviço, onde a gente bota todas as normas, horários e tal. E a gente

acrescentou uma cópia dessa ficha do Checklist para os residentes que estão entrando já irem se familiarizando com ela. ” (Médico Anestesista 04)

“A gente tinha combinado que cada um ia meio que treinar as suas equipes. ” (Enfermeiro 05)

“Nós tivemos algumas reuniões, depois nós fizemos uma sessão clínica, em que foi abordado isso com um serviço, qual era a proposta da implementação do checklist no hospital, toda a disponibilização do material, dos folhetos, dos panfletos, das fichas de checklist. E isso foi abordado com a anestesia. Ai a gente passou com os staffs e com os residentes essa necessidade de ser feito isso. ” (Médico cirurgião 06)

Os treinamentos se deram por categorias profissionais, ficando sob responsabilidade de cada um dos profissionais de referência dos serviços cirúrgicos. Foram utilizados folhetos e outros materiais audiovisuais, não sendo relatado o uso de simulação da cirurgia dentro do centro cirúrgico.

“Ele [chefe serviço] tinha pedido para a gente fazer esse checklist ao longo das cirurgias. Aí me deu a explicação básica, acho que a gente teve um vídeo aqui de apresentação antes, algumas semanas antes, aí depois implementou. ” (Médico cirurgião 08)

Essa fragmentação refletiu-se na aplicação do instrumento, onde cada um dos profissionais envolvidos no ato cirúrgico, incluindo os seus residentes, escolheu uma parte do instrumento do qual considerava o mais relacionado à sua prática profissional.

“É uma folha que tem três ou quatro colunas, acho que são três. O que acontece é que a enfermagem entrega a folha para o residente da anestesia e eu junto com o residente, a gente preenche os principais marcadores. A geralmente tem uma parte que é conjunta, é uma parte: anestesista, cirurgião e enfermagem e essa parte acaba que também é o anestesista e a enfermagem que preenchem. Essa folha eu nunca vi nenhum cirurgião preencher” (Médico Anestesista 04)

“A gente decidiu em reunião que a anestesia ia ser a primeira e a segunda parte, e a terceira parte a cirurgia. O responsável, o staff, ou o residente, aí a gente teria que definir. Estava definido que fosse o residente que é mais fácil de ter a adesão do que o médico burro-velho. ” (Gestor 02)

Cabe aqui destacar que o processo de implementação do checklist de cirurgia segura no Hospital Perseverança foi mantido apenas em três especialidades cirúrgicas inicialmente selecionadas, ocorrendo efetivamente em dois serviços com experiências distintas.

A primeira especialidade cirúrgica possuía uma sala de pequenas cirurgias dentro do seu próprio serviço, optando por iniciar a aplicação do instrumento nesse espaço.

“Entendemos que a gente precisava começar num lugar menor, então começamos em novembro [2016]. Eu falei com o [chefe serviço], ele concordou. Apresentamos o checklist numa reunião para os residentes staffs da urologia. Veio até uma pessoa da Fiocruz também para acompanhar.” (Enfermeiro 05)

O checklist passou a ser utilizado em todos os procedimentos cirúrgicos daquela especialidade, apresentando, sob o ponto de vista de entrevistados, uma alta adesão ao instrumento, possivelmente explicada por alguns fatores, tais como: o local de aplicação com ambiente bem controlado, a existência de equipes cirúrgicas permanentes, a organização do setor, outras fontes de remuneração para os profissionais, além da condução ativa da liderança cirúrgica em todo o processo de implementação.

Por ser uma única sala dentro do próprio serviço que possuía uma equipe fixa e pouco numerosa, a aplicação do checklist era facilitada, na visão dos entrevistados.

“Primeiro que é um único centro cirúrgico com o mesmo grupo trabalhando. São só duas enfermeiras, basicamente são os mesmos residentes. O que muda ali são os anestesistas.... Mas o grupo como é menor e é um grupo que se repete, fica mais fácil para você implementar.” (Médico Anestesista 04)

Os fatores elencados também contribuía, na visão dos entrevistados, para um melhor cuidado prestado ao paciente. A equipe conhecia a sua história, e a estrutura organizada proporcionava condições adequadas para o ato cirúrgico, tendo no checklist um momento de verificação de itens previamente organizados.

“Então fica muito fácil porque eu sempre vou ver o paciente. Já está todo mundo sabendo quem é o paciente. Então essa coisa de você conferir é tudo muito mais fácil do que aqui. A gente não começa sem o material, se falta alguma coisa. Então quando a gente vai fazer esse checklist, tudo isso já foi checado previamente.” (Médico Anestesista 03)

Dentre as condições estruturantes do serviço, destaca-se um projeto financiado pelo Ministério da Saúde que contribuía no rendimento dos profissionais que lá atuavam. O recurso não sofreu descontinuidade durante a crise, contribuindo, segundo os entrevistados, para a manutenção das atividades regulares no serviço, incluindo a implementação do checklist de cirurgia segura.

“Lá é um projeto, tem uma bolsa especial e as pessoas que participam dali, participam desse projeto... Como se fosse uma titularidade diferente, apesar de ser o mesmo hospital. ” (Médico Anestesista 04)

A condução de uma profissional do centro cirúrgico em todo o processo de implementação também foi evidenciada pelos entrevistados como um dos fatores que contribuíram para uma maior adesão ao instrumento no serviço. Citada pela maioria dos entrevistados como um profissional respeitado pela instituição, o referido cirurgião atuava como uma importante liderança, apoiando diretamente o NSP na aplicação do instrumento e na resolução de qualquer empecilho para a sua efetiva implementação no serviço.

Já o outro serviço cirúrgico que iniciara a implementação, encontrava-se em reestruturação, em função da saída da principal liderança para outro cargo de maior nível hierárquico no hospital. A ausência de uma liderança que apoiasse diretamente a intervenção, sob o ponto de vista dos entrevistados, foi um fator que afetou o processo, associado a outros motivos, tais como o desafio da implementação em um ambiente menos controlado, com alta rotatividade de profissionais, diretamente afetado pela crise, e particularmente, pela descontinuidade do pagamento dos recursos humanos.

A implementação do instrumento nessa especialidade cirúrgica ocorreu dentro do centro cirúrgico geral, um ambiente mais amplo e diverso do que a sala de pequena cirurgia da outra especialidade. Os recursos físicos e humanos eram compartilhados com todas as demais especialidades. A presença de muitos profissionais e alunos de diferentes cursos contribuía para uma alta rotatividade e fluxo de pessoas no setor, o que na visão dos entrevistados era outro elemento que dificultava a adesão ao instrumento.

“Aqui é como se você saísse do universo pequeno e abrisse para todo o universo. Então aqui quando entra, cada dia aqui você tem quatro, cinco pessoas ali na frente, a sala pode ter pessoas totalmente diferentes, o grupo que vai anestésiar também é totalmente diferente, entendeu?! Enquanto lá fora nós somos cinco, aqui você pode ter, brincando uns 30. ” (Médico Anestesista 03)

Essa alta rotatividade de profissionais no centro cirúrgico também dificultava, na opinião dos entrevistados, o início da implementação do checklist, uma vez que nem todos os profissionais participaram das ações de sensibilização e treinamento.

“O que eu percebi lá no centro cirúrgico é que não são todas as pessoas que estão treinadas... Não estão todas habituadas a parar aquele momento para responder. E a pessoa vai meio que fazendo as coisas. Então eu acho que o mais difícil mesmo foi

dar aquele início, né?! Eu tive que escolher um anestesista. Geralmente o residente, o R2/R3 anestésico, para ficar tocando o checklist com ele, aquela parte antes da incisão. Depois aquela parte final de contagem de material. Aí também é um pouco mais difícil, porque como demora muito a sair o paciente, acaba que o pessoal vai sempre tentando fazer o mais rápido possível e aí às vezes não necessariamente aguarda [cirurgião] para responder tudo. ” (Médico cirurgião 08)

Outro problema apontado pelos entrevistados foram as falhas existentes na comunicação entre os profissionais, considerados pelos entrevistados como um entrave para a adesão ao checklist naquela especialidade. Um exemplo disso era a definição do uso do checklist em todos os procedimentos cirúrgicos, que não estava clara para alguns cirurgiões entrevistados.

“Então, não são todos os procedimentos que a gente.... É que eu tinha entendido que cirurgias grandes é que precisariam desse tipo de checklist. Eu não eu realmente eu não sei te justificar o porquê. ” (Médico cirurgião 08)

A falha de comunicação também reforçava a fragmentação no uso do checklist no ato cirúrgico e vice e versa, fato relatado por alguns entrevistados que referiram que a melhoria dos processos de sensibilização e comunicação poderiam mudar essa realidade.

“Quando vamos fazer essa primeira parte do checklist, por exemplo, eu quando começo aqui o cirurgião está entrando, nem sempre ele está aqui dentro. O cirurgião só chegou quando o paciente estava anestesiado. Então não estamos falando a mesma língua. Um não sabe uma coisa, o outro não sabe da outra. Para mim esse é o grande problema. ” (Médico Anestesista 03)

Apesar de reconhecer a resistência dos profissionais no uso do checklist em outros hospitais, inclusive instituições privadas, os entrevistados não citaram a existência de profissionais resistentes à implementação do checklist cirúrgico, o que poderia ser explicado pelo número pouco expressivo de profissionais envolvidos com a implementação, ou ainda em função de todos os fatores do contexto externo já relatados, que pesavam demais sobre a realidade.

“Na verdade, eu já sei da importância. A gente já sabe por conta até de ser uma prática já implementada fora, nos hospitais privados, mas ainda assim, nos privados, há resistência. ” (Médico Anestesista 04)

Até o momento em que as entrevistas foram realizadas, a anestesia era reconhecida pelos entrevistados como a categoria profissional mais envolvida na condução do checklist, com os

seus profissionais atuando como importantes líderes durante a aplicação do instrumento na sala cirúrgica nas duas especialidades cirúrgicas. Entretanto não foram percebidos momentos de efetiva integração dos diferentes profissionais nas equipes cirúrgicas, observando nas falas dos entrevistados que havia um esforço de cada categoria em preencher as partes que considerava pertinentes a ela.

“A anestesia abraçou um pouco mais a causa. Na verdade, quando a gente entra para o procedimento quem direciona um pouco mais a conduta do checklist é a anestesia com a participação da gente.... Tenho colocado até o residente como o responsável ali junto com a gente para que ele efetue as perguntas, que ele interaja com a anestesia para que isso seja feito. ” (Médico cirurgião 06)

Acredita-se que a principal forma de qualificar a adesão ao checklist é a sensibilização dos profissionais sobre a importância do seu preenchimento completo. Não se observou, como desejável, a concretização do envolvimento da equipe cirúrgica como equipe consciente da importância do instrumento para a segurança do paciente, e não mais um instrumento obrigatório a ser preenchido mecanicamente (RIBEIRO et al 2017).

As dificuldades sublinhadas terminaram levando à descontinuidade do esforço de implementação do checklist na especialidade, que, por ocasião das entrevistas, segundo entrevistados, já teria se dado há cerca de quatro meses.

“Não me lembro se foi esse ano ou ano passado. Eu sei que a última cirurgia que a gente fez isso foi mais ou menos em março. Março ou abril, desde lá a gente não fez mais. ” (Médico cirurgião 08)

5.2.3. Monitoramento e Avaliação

A rigor, observações apontadas aqui sobre o uso de checklist nas duas especialidades envolvidas são decorrentes da percepção de entrevistados, tendo havido contratempos no esforço de se monitorar o processo de implementação.

“Também não sei nos outros dias como isso está se comportando. Eu não tenho feedback de como isso está acontecendo, se estão fazendo. Eu não sei te dizer isso. ” (Médico Anestesiologista 03)

Num primeiro momento, o NSP tinha pensado em contar com o apoio da equipe de enfermagem do centro cirúrgico para contabilizar o número de checklists aplicados e demais dados quanto a seu preenchimento, mas em função da redução dos profissionais, por conta do

atraso dos pagamentos, essa alternativa não foi possível.

O atraso dos salários e demais consequências da crise levaram à desmobilização do próprio grupo de trabalho de cirurgia segura, diminuindo, assim, as reuniões de monitoramento, que, ainda quando realizadas, contavam com baixa participação dos profissionais, principalmente os médicos.

“A gente teve uma reunião, mas a gente estava tendo muita dificuldade de participação dos médicos, da presença dos profissionais médicos envolvidos no projeto, sobretudo.” (Enfermeiro 05)

“Eu não tenho noção de qual o andamento que está nesse momento. A gente não teve uma outra reunião para dizer o que aconteceu.” (Gestor 02)

5.2.4. Perspectivas na continuidade do processo de implementação do checklist

No intuito de potencializar o processo de implementação, os entrevistados sugeriram um conjunto de novas medidas, tais como: a regularização das condições do hospital, retomada das reuniões da comissão de cirurgia segura, novas sensibilizações e treinamentos, captação de novas lideranças, ampliação do uso do checklist para mais clínicas e a realização de devolutiva para as equipes cirúrgicas.

Dentre as medidas consideradas necessárias, os entrevistados apontaram a regularização das condições do hospital no que tange às questões financeiras para a retomada dos projetos, dentre eles a implementação do checklist de cirurgia segura.

“Eu acho que primeiro o hospital tem que voltar à normalidade. A primeira coisa que a gente tem que torcer para essa situação aí financeira se resolver o mais rápido possível, que assim como o nosso projeto aqui está impactado, vários outros estão.” (Médico cirurgião 07)

A partir da regularidade das ações do hospital, os entrevistados sugeriram a “arrumação da casa”, propondo a adoção de novas rotinas e procedimentos para o centro cirúrgico com vistas à retomada do funcionamento regular do serviço.

“Para tudo! Vamos organizar a casa.... Uma coisa é você querer, outra coisa é você saber se pode.” (Médico Anestesiologista 03)

“A gente está muito aquém da nossa rotina cirúrgica real, então o residente funciona muito com essa rotina quando ela está muito bem empregada, constante. Então acho que medidas para que possam ser fixas e adotadas de forma regular. A gente precisa

voltar à nossa realidade cirúrgica. ” (Médico cirurgião 06)

Enquanto tal regularidade financeira não fosse possível, os entrevistados propunham novas reuniões entre as lideranças do comitê de implementação para revisão das estratégias, avaliando as reais possibilidades diante do cenário de crise.

“Nesse momento eu sugeriria que a gente sentasse todos, olho no olho e sugeríssemos quais seriam as possibilidades de implementação. Se de repente num tipo só de procedimento.... Não sei, eu acho que é sentar e discutir mesmo. ” (Enfermeiro 09)

Outros entrevistados apostavam na realização de novas sensibilizações para os profissionais de saúde, utilizando os espaços das sessões clínicas e artigos científicos que evidenciassem os benefícios do uso do checklist cirúrgico aplicado em serviços de saúde de características semelhantes ao Hospital Perseverança, mostrando que seu uso possibilitaria uma maior interação com o paciente e entre a equipe cirúrgica.

“Ter mais sessões clínicas, abordar um pouco mais isso. Trazer mais artigos que falem sobre a importância desse checklist, na realidade nossa, o que de fato isso traz para gente de positivo. Trazer essa realidade para eles e mostrar a importância desse contato com o doente, com as equipes, com o ambiente toda essa interação. ” (Médico cirurgião 06)

Os entrevistados acreditavam que as novas sensibilizações motivariam às equipes cirúrgicas, estas conscientes da importância do uso do checklist na redução das complicações cirúrgicas, evitando assim possíveis danos ao paciente a partir da sua aplicação.

“Eu acho que se todo mundo entender a importância disso: diminuir complicações cirúrgicas, cirurgias erradas, intercorrências que a gente reduz. Isso aí todo mundo já sabe, mas acho que se todo mundo realmente acreditar e seguir, entender a importância, eu acho que as pessoas pelo menos vão ter mais boa vontade para fazer. Acho que falta um pouco disso. ” (Médico cirurgião 08)

Além de sensibilização, eram necessárias, na opinião dos entrevistados, melhorias nos processos de comunicação entre os profissionais das equipes cirúrgicas, com vistas ao compartilhamento de responsabilidades em todas as etapas da aplicação do checklist. O fortalecimento de estratégias de comunicação entre os profissionais era considerado um ponto importante não apenas para o processo de implementação do checklist de cirurgia segura, mas também para outros processos do hospital.

“A melhoria dos processos de comunicação, de como você vai comunicar às partes interessadas para que haja um maior empenho, maior comprometimento na execução do processo. Eu acho que está faltando um pouquinho disso. Você percebe isso na hora que você executa o checklist, que as partes não estão completamente sabendo o que tem que fazer. É um processo relativamente simples. Então acredito que basicamente comunicação é um ponto importante.” (Liderança 02)

Outra estratégia pensada pelos entrevistados foi a captação de novas lideranças, sugerindo a mobilização e sensibilização de chefias de outros serviços quanto a importância do uso do checklist de cirurgia segura.

“Ver quem que assumiu essa chefia para que possa conversar, volte a instruir e de repente fazer uma reunião de serviços. Mostrar o papel, porque é que faz, como é que faz...” (Médico Anestesiologista 03)

As novas chefias sensibilizadas poderiam contribuir para o uso do checklist em novos serviços, ampliando assim a implementação do instrumento em novas clínicas. Ainda assim, também coexistia o pensamento de que se aproveitassem as experiências que já estavam sendo vivenciadas nas duas clínicas cirúrgicas para ajustes no processo e, a partir daí a ampliação.

“Primeiro a gente vai fazer nas cirurgias só que a gente está aplicando o checklist, para a gente ver o que é que precisa melhorar do processo, fechar mais. Aí depois a gente vai aplicar, abrir...” (Enfermeiro 05)

Para alguns entrevistados, esse momento de ampliação deveria acontecer durante a crise, aproveitando a redução do movimento cirúrgico para sensibilização de todos os profissionais, ofertando aos poucos pacientes atendidos naquele momento, um procedimento seguro e de qualidade.

“Com o movimento que a gente tem, o ideal é que isso fosse multiplicado para outras especialidades para tentar contagiar de alguma forma. A nossa responsabilidade é com o paciente, então eu não tenho por que, já que eu tenho uma redução, por que errar com aquele paciente. Então que a gente busque o melhor, já que a gente está com pouco, mas que a gente fosse o melhor com aquele paciente.” (Liderança 01)

Associada à sensibilização e à ampliação das clínicas foram também sugeridas novas ações de treinamento em serviço, que deveriam ser permanentes, didáticas, lúdicas e de curta duração, com o objetivo de capacitar a equipe cirúrgica e demonstrar a importância do instrumento para a redução de complicações cirúrgicas.

“Eu acho que o treinamento em serviço, as atualizações, elas são necessárias para vida inteira. ” (Enfermeiro 09)

“A equipe que está coordenando poderia programar de repente uma atividade didática de 30 minutos. Uma explanação teórica, um teatro para todos da equipe do centro cirúrgico. Ou todo mundo num anfiteatro grande, ou faz por setores, demonstrando assim a importância, trazendo talvez alguma estatística. Não sei se em algum lugar do mundo já tenha literatura mostrando que fez diferença, que é importante, que reduziu mesmo. ” (Médico Anestesiologista 04)

Dentre os instrumentos que poderiam ser utilizados para o treinamento, muitos entrevistados sugeriram o uso de simulações com os profissionais de saúde dentro das salas cirúrgicas, propiciando o aprendizado na prática, sobre os itens de verificação do checklist de cirurgia segura, e preparando as equipes cirúrgicas para a sua correta utilização.

“Simular a cirurgia, eu acho que o jeito melhor. Deita alguém ali, finge que vai operar dentro da equipe mesmo, reúne o pessoal da enfermagem, todo mundo e aí faz a simulação: E acho que isso é um meio da gente treinar antes de, diretamente estar lá com o paciente, fazer direto com ele. ” (Médico cirurgião 08)

Associada às estratégias de implementação, os entrevistados recomendaram a intensificação das ações de monitoramento, acompanhadas de devolutivas aos profissionais de saúde quanto ao status e demais informações relacionadas à sua utilização.

“Por mais que a pessoa diga que sabe, a gente vai ter que sentar, vai ter que conversar sempre. A gente vai ter que sentar e dar o retorno. ” (Enfermeiro 09)

“Porque as pessoas ficam mais impressionadas quando a gente traz números, realidades. A gente vê que a pessoa fica assim, faz diferença. Isso é importante, não é só mais uma folha que eu preencho durante a cirurgia que já começou. ” (Médico Anestesiologista 04)

Na percepção de entrevistados, mesmo considerando o processo ainda incipiente, já se observava mudanças nas especialidades envolvidas na aplicação do checklist, destacando-se a ampliação do conhecimento sobre o checklist e sua importância na cirurgia segura.

Entrevistados também relataram uma melhora na relação entre a equipe cirúrgica durante a aplicação do checklist cirúrgico, tendo no instrumento um facilitador para a aproximação dos profissionais, deles com os residentes, e, também, com o paciente durante o ato cirúrgico.

“...Assim tem sido uma coisa bem legal porque a gente passou a ter um contato maior tanto com a equipe da anestesia em geral, com os residentes e com o doente na sala”
(Médico cirurgião 06)

Adicionalmente, se considerou que o processo de implementação trouxe a discussão do checklist para dentro do ambiente cirúrgico no hospital, reverberando dos serviços participantes para outros serviços, com o reconhecimento de que deveria ser mantido e ampliado, proporcionando benefícios aos pacientes ali atendidos.

“Era uma coisa que não se falava no centro cirúrgico, nem aqui [no serviço X] e agora já está assim, as pessoas já estão familiarizadas” (Médico anestesista 04)

“Acho que é um processo que não pode ter volta. É um processo fantástico, muito bom. Acho que o hospital só tende a ganhar com isso. ” (Médico cirurgião 06)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta tese apresentam duas realidades diferenciadas pelos seus elementos contextuais e seus respectivos efeitos no processo de implementação do checklist de cirurgia segura.

A injeção de novos recursos no Hospital Renovação trouxe melhores condições estruturais – contratação de profissionais de saúde, abastecimento regular de insumos e adequações estruturais – contribuindo assim para o desenvolvimento da intervenção nesse hospital. Somada ao aporte de recursos, outros fatores do contexto somaram-se: projeto piloto do checklist, as parcerias institucionais, iniciativas de melhoria da qualidade em curso, o comitê de implementação e o importante papel do *Champion* que conduziu todo o processo de implementação junto às lideranças locais, fazendo com que o processo de implementação tivesse mais êxito.

Mesmo com as parcerias institucionais presentes também presentes no Hospital Perseverança, o processo de implementação não ocorreu como o esperado, o que pode ser explicado pela interferência de alguns fatores do contexto, principalmente pela forte influência do contexto externo. A crise do Estado onde o hospital se localiza impactou diretamente nas condições estruturais, principalmente na remuneração dos profissionais de saúde, gerando uma descontinuidade do processo de implementação, o que impossibilitou estudar outros elementos contextuais que poderiam interferir na intervenção.

6.1. LIÇÕES APRENDIDAS

No intuito de contribuir para novas práticas de implementação do checklist de cirurgia segura em outros hospitais brasileiros, pretende-se aqui destacar algumas lições aprendidas durante a realização desta tese.

Elementos da estrutura e sua contribuição na implementação de intervenções

Para que o checklist de cirurgia segura possa ser implementado, alguns elementos estruturais básicos são de extrema importância, tais como: estrutura física adequada, equipamentos biomédicos, profissionais de saúde, normas/rotinas/protocolos estabelecidos. A ausência ou insuficiência desses itens, ou ainda de profissionais de saúde impacta diretamente na realização de uma cirurgia segura, como também compromete a manutenção das atividades assistenciais do hospital.

O checklist de cirurgia segura apresenta uma série de itens a serem verificados antes do

ato cirúrgico, incluindo equipamentos e protocolos, indispensáveis para um ato cirúrgico seguro. Portanto, recomenda-se a observação das características estruturais antes da implementação do checklist, assim como a construção de estratégias para mitigar possíveis insuficiências.

Nas duas realidades estudadas, observou-se a interferência das características estruturais durante o processo de implementação, em maior grau no Hospital Perseverança, em função da descontinuidade do orçamento e atraso de pagamentos. A realidade do Hospital Perseverança levanta importantes questões sobre as reais possibilidades de implementação de melhorias da qualidade do cuidado e segurança do paciente em situações muito adversas e muitos hospitais públicos brasileiros vivenciam questões semelhantes.

A escassez de recursos financeiros é uma realidade vivida por muitos hospitais brasileiros (FARIAS e ARAUJO, 2017; IBAÑEZ e VECINA NETO, 2007), reduzindo a capacidade do hospital em prover uma estrutura adequada frente aos avanços tecnológicos constantes e necessidades crescentes da população. Uma política de reposição de profissionais qualificados, o abastecimento regular de materiais e insumos, a manutenção das estruturas físicas de acordo com as normas sanitárias e, principalmente, a garantia dos direitos dos usuários são desafios diários colocados na agenda de um gestor hospitalar.

Essa questão traz uma importante reflexão para o campo da saúde pública: como cumprir adequadamente as políticas públicas de saúde, como o PNSP, por exemplo, frente à insuficiência de recursos financeiros e deficiências estruturais. O plano de ação elaborado pelos Núcleos de Segurança do Paciente deve contemplar essas questões, assim como contar com a alta gestão do hospital num plano de contingência frente às dificuldades colocadas, no intuito de potencializar o processo de implementação frente às reais possibilidades, para que de fato haja a implementação das metas internacionais de qualidade.

O checklist como ferramenta para reorganização de processos no Centro Cirúrgico

O processo de implementação do checklist pode contribuir para a reorganização do processo de trabalho do centro cirúrgico, além de demais processos estabelecidos entre o centro cirúrgico e outros serviços do hospital.

Para que o checklist cirúrgico seja implementado, algumas normas, rotinas e protocolos assistenciais precisam estar definidos para que possam ser verificados durante o ato cirúrgico. Dentre os protocolos assistenciais, destaque para a adoção/revisão do protocolo de antibioticoterapia previsto no checklist elaborado pela OMS e o de profilaxia da Trombose

Venosa Profunda (TVP), inserido na versão adaptada nos dois hospitais estudados, ambos imprescindíveis para a adoção do checklist cirúrgico.

Para além dos protocolos assistenciais, são necessárias a elaboração/revisão de rotinas cirúrgicas, tais como: a padronização de caixas cirúrgicas, o uso de medicamentos psicotrópicos, a manutenção dos equipamentos biomédicos utilizados – oximetria, carro de anestesia, bisturi elétrico, por exemplo – normas da sala cirúrgica e da recuperação pós-anestésica. Rotinas estas que podem ir para além das atividades do centro cirúrgico, como por exemplo: rotinas para o transporte do paciente no centro cirúrgico, transferência de pacientes cirúrgicos para as UTIs, agendamento de procedimentos eletivos via regulação, visita pré-anestésica, dentre outros.

Nas duas realidades estudadas observou-se que a implementação do checklist proporcionou a organização de novas rotinas e procedimentos nos centros cirúrgicos, desencadeando a construção de novos protocolos e fluxos assistenciais na relação do centro cirúrgico com outros serviços. Portanto, a adoção do checklist de cirurgia segura pode atuar como um importante disparador para reorganização de processos de trabalho no centro cirúrgico.

Outro ponto destacado é a contribuição do checklist para a potencialização e manutenção de outras metas internacionais de segurança já implementadas ou ainda em implementação no bloco cirúrgico. A partir da adoção do checklist são reforçadas a identificação correta do paciente, a administração segura de medicamentos dentro do bloco cirúrgico, a prevenção de quedas na sala de recuperação anestésica, e principalmente a comunicação efetiva entre os membros da equipe cirúrgica durante a sua aplicação no ato cirúrgico.

O checklist de cirurgia segura e o trabalho de equipe

O checklist de cirurgia segura é um importante instrumento de comunicação entre a equipe cirúrgica antes, durante e ao final do ato cirúrgico. Entretanto em hospitais cuja cultura organizacional contemple a fragmentação das equipes, disputas entre categorias profissionais, especialidades atuando como “feudos”, além da comunicação e entrosamento insuficientes entre as equipes, a implementação do checklist pode contribuir para a manutenção desse status, fortalecendo assim as práticas dominantes.

A ausência de uma construção coletiva de estratégias para a adoção do checklist, via comitê ou outros espaços compartilhados, a realização de sensibilizações e treinamentos dos

profissionais de saúde focados em categorias profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos) e a ausência de lideranças locais multiprofissionais fazem parte de um conjunto de medidas que podem comprometer a potencialidade do checklist como uma ferramenta de comunicação entre a equipe cirúrgica.

Uma adesão baixa ou burocrática ao uso do checklist ou o seu preenchimento inadequado pode gerar efeitos negativos, como a sensação falsa de segurança. O checklist pode ser visto como uma mera formalidade ou como um instrumento fiscalizatório, neste caso podendo acentuar diferenças hierárquicas entre membros da equipe e gerar conflitos entre os profissionais. Espera-se que o processo de implementação do checklist proporcione à equipe o que Russ et al. (2013) denominam de “verdadeiro espírito” do checklist, este que busca fortalecer a cultura de segurança e estimular a adesão às práticas seguras.

Nas duas realidades estudadas observou-se que a maioria das ações implementadas pouco explorou a integração entre os membros das equipes cirúrgicas, sendo realizadas por categorias profissionais específicas. Mesmo as ações pensadas para toda a equipe tiveram baixa adesão dos médicos, principalmente dos cirurgiões, o que necessitou de novas estratégias específicas e direcionadas a eles, tais como: conversas informais, e-mails, discussão dos temas nas sessões clínicas de cada especialidade, mensagens pelas mídias sociais (Whatsapp, Facebook).

Outra questão foram os relatos de “resistências” de membros da equipe cirúrgica durante o processo de implementação, principalmente dos cirurgiões, avaliando o instrumento como uma prática burocrática e dispendiosa de tempo. Compreender os motivos de resistência dos profissionais é fundamental para superação de barreiras no uso do checklist, construindo novas estratégias junto à equipe cirúrgica para que de fato o checklist possa ser utilizado como um instrumento de comunicação para a equipe e de segurança para o paciente.

Lideranças e a gestão participativa

A atuação das lideranças durante o processo de implementação pode contribuir para a efetiva adesão do checklist de cirurgia segura. Lideranças que se dedicam a apoiar, divulgar e conduzir ativamente todo o processo, minimizando possíveis barreiras e resistências são fundamentais no processo de implementação.

Lideranças formais e informais têm um papel fundamental nas ações de sensibilização das equipes cirúrgicas, na mobilização dos profissionais de saúde para o adequado preenchimento do checklist de cirurgia segura, além de outras estratégias de implementação.

Contribuem ainda no monitoramento diário, assim como na realização de devolutivas para a equipe cirúrgica da utilização do checklist.

O comitê de implementação do checklist de cirurgia segura pode agregar lideranças do hospital, tornando-se um espaço potente durante toda a intervenção, inclusive após a implementação do checklist, contribuindo também para o monitoramento das ações realizadas. Em parceria com o NSP e demais setores do hospital, esse comitê pode ser ampliado, envolvendo profissionais de saúde do centro cirúrgico e áreas afins para que possam propor estratégias de implementação, assim como a identificação de elementos do contexto que possam ser potencializados ou mitigados durante a implementação, além da identificação de potenciais lideranças.

Ainda que em curso, a mudança do modelo de gestão participativa no Hospital Renovação já trazia uma cultura organizacional mais favorável, onde a criação do Comitê de Implementação do Checklist de Cirurgia Segura foi possível, somando-se a outros grupos de discussão e tomada de decisões de forma compartilhada, como por exemplo, os grupos de trabalho para adoção das metas internacionais de segurança. Sendo assim, o comitê foi espaço de troca e construção de estratégias durante o processo de implementação.

A experiência do Hospital Renovação reforça essa teoria, onde além de lideranças atuantes, a intervenção contou com o apoio da alta gestão durante todo o processo de implementação, auxiliando na dissolução dos entraves para o adequado desenvolvimento das ações propostas, apoiando diretamente a sensibilização e treinamentos das equipes, assim como na mitigação de fatores do contexto que possam impedir o sucesso da implementação.

Acredita-se que modelos de gestão mais participativos possam contribuir na implementação do checklist de cirurgia segura e todas as outras metas de segurança, onde gestores e profissionais de saúde possam construir coletivamente estratégias e ações para potencializar elementos favoráveis do contexto, assim como contingenciar possíveis insuficiências.

Importância do monitoramento e devolutivas as equipes

Cuidar dos primeiros resultados durante todo o processo e também após a implementação do checklist é fundamental para o sucesso e sua continuidade. Nesse sentido práticas constantes de monitoramento e avaliação das equipes cirúrgicas quanto a adesão e preenchimento do checklist são essenciais.

O processo de monitoramento da intervenção pode ser realizado através de reuniões dos

comitês de implementação do checklist, da criação e acompanhamento de indicadores sobre o uso e o grau de adesão ao checklist, além do monitoramento de séries temporais de indicadores assistenciais já existentes – taxa de infecção cirúrgica pós-operatória, mortalidade pós-cirúrgica, por exemplo.

Durante o desenho da intervenção, o projeto e os hospitais previram a construção de indicadores de adesão e preenchimento do checklist e acompanhamento de séries temporais, permitindo que lideranças pudessem realizar devolutivas aos profissionais durante a implementação. Entretanto, a ausência de um sistema informatizado nos dois hospitais trouxe a necessidade de construção de um banco de dados, através da digitalização dos checklist preenchidos, estes impressos em papel carbonado para leitura dos dados. Essa solução foi a melhor alternativa, frente a outras possibilidades refutadas, como por exemplo, a aquisição de *tablets* via projeto, estes que dependiam de uma rede de dados de transmissão sem fio, além de possíveis ameaças de seu uso indevido e furtos, apontadas pelos profissionais como ameaças possíveis em ambos os hospitais.

Acredita-se que a mensuração dos resultados e a realização de devolutivas aos profissionais possam contribuir na superação de possíveis resistências, demonstrando a importância do seu efetivo uso a partir de indicadores de segurança do paciente que devem estar apoiados em evidências científicas de qualidade e também na realidade de cada serviço (GOUVÊA e TRAVASSOS, 2010; TREADWELL et al., 2014; WELLER e BOYD, 2014).

Recomenda-se não apenas práticas voltadas ao monitoramento e avaliação durante todo o processo de implementação, como também devolutivas aos profissionais quanto a adesão do checklist e pontos de melhoria para seu adequado preenchimento, contribuindo assim no enfrentamento das resistências quanto a sua utilização.

O checklist e o cuidado centrado no paciente

Uma implementação bem-sucedida é o resultado de vários fatores contextuais já elencados – cultura organizacional, liderança, mecanismos de monitoramento e avaliação, trabalho em equipe e receptividade dos profissionais – mas também de interações entre o instrumento e a experiências do paciente, sendo fundamental seu envolvimento no processo de implementação (KITSON et al., 2008).

A inclusão do paciente na construção da intervenção se faz necessária, podendo este atuar como um importante ator no processo de sensibilização e também de monitoramento quanto ao adequado uso do checklist no ato cirúrgico. Atuação esta necessária não apenas no

checklist de cirurgia segura, mas também na implementação das outras metas de segurança.

Apesar de estar contemplada no desenho inicial do projeto de intervenção nos dois hospitais estudados, não foi observada a construção de estratégias para o envolvimento do usuário no processo de implementação.

Parcerias institucionais e a intervenção

O uso do checklist de cirurgia segura, assim como de demais estratégias e ferramentas para a implementação das metas internacionais de segurança do paciente foram fortemente induzidas pela criação do PNSP e seu conjunto de recomendações e normativas. A partir desse marco, iniciativas de sensibilização e disseminação foram disparadas, com destaque para cursos de formação, especialização, encontros científicos, além da realização de pesquisas multicêntricas.

O estabelecimento de parcerias institucionais pode contribuir para a adoção de novos dispositivos, atuando como catalisadores das ações cotidianas dos hospitais, através de novas práticas, de materiais instrucionais e da construção de estratégias para a intervenção.

No caso estudado, reconhece-se que a intervenção nos dois hospitais foi multifacetada, tendo ao longo do processo a entrada de diferentes atores e instituições e com eles a adoção de novas estratégias. Percebeu-se que os elementos do contexto interagiram de forma dinâmica durante a implementação.

Entretanto, essa parceria se deu de “fora para dentro”, tendo cada hospital a possibilidade de desenvolver suas estratégias a partir da sua capacidade estrutural e da maturidade da organização em aceitar as mudanças propostas. Acredita-se que em cenários onde já existam iniciativas de qualidade em curso, como no caso do Hospital Renovação, as novas ações surgem com um efeito potencializador no processo de implementação.

6.2. ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Os achados aqui trazidos reforçam a importância dos elementos do contexto durante a adoção de uma intervenção em saúde, tendo na identificação e mitigação dos fatores negativos, assim como a potencialização dos fatores positivos estratégias que podem contribuir para o sucesso de uma determinada intervenção.

No caso da intervenção estudada, o checklist de cirurgia segura, observou-se que os fatores externos do contexto, principalmente a articulação incipiente entre os hospitais e as secretarias de saúde, associada ao apoio financeiro insuficiente dos órgãos governamentais

levaram à deficiências na estrutura dos hospitais – insuficiência de profissionais, irregularidade no abastecimento de insumos, leitos críticos insuficientes, necessidade de obras para adequação – o que compromete não apenas a implementação do checklist, mas também a manutenção de todas as atividades assistenciais, comprometendo a segurança do paciente. Ainda que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) contemple a criação mandatória de núcleos de segurança do paciente e a implementação das metas internacionais de qualidade, atuando como um importante fator externo positivo à adoção de melhorias de qualidade do cuidado e segurança do paciente no país, implementar o checklist frente às dificuldades apresentadas torna-se um grande desafio.

Em relação aos elementos do contexto interno cabe destacar a importância das lideranças e do acúmulo de esforços para a melhoria da qualidade do cuidado e sua atuação decisiva no processo de implementação. Dificuldades relativas à cultura organizacional, à comunicação e trabalho em equipe se assemelham às identificadas em estudos internacionais, entretanto a instabilidade para manutenção das condições estruturais ainda é um grande desafio para os hospitais brasileiros, colocando em debate as possibilidades reais de melhorias em condições estruturalmente muito adversas.

As lições aprendidas nesta tese visam contribuir para uma discussão mais aprofundada sobre o processo de implementação do checklist de cirurgia segura e de que forma os fatores contextuais puderam interferir no resultado final. Considerando que o processo de implementação se encontrava em curso nos dois hospitais, não foi possível acompanhar o desenvolvimento de algumas estratégias planejadas, nem mensurar alguns resultados. Novos olhares e observações podem ser somadas a este estudo, construindo assim uma teoria explicativa sobre a intervenção realizada, assim como recomendações para outros hospitais que pretendem iniciar intervenções semelhantes.

Outra limitação encontrada nesse estudo refere-se ao “efeito do observador” pesquisador externo às duas instituições, podendo ser omitido ou supervalorizado alguns fatores relevantes do estudo. O processo de escuta das lideranças se deu entre os membros atuantes da cirurgia segura e da gestão hospitalar, onde não se pode considerar a uniformidade das opiniões nos dois hospitais e sim um recorte de impressões sobre a construção de uma intervenção.

Espera-se que novos estudos possam ser realizados em hospitais brasileiros, públicos e privados, trazendo à tona elementos presentes no planejamento e no processo de implementação não apenas do checklist, mas de outras intervenções em saúde. O mapeamento dos fatores contextuais permite uma melhor compreensão das organizações em saúde e a ampliação do debate de como avançar em práticas de melhoria do cuidado e segurança da paciente frente às

dificuldades encontradas na gestão hospitalar brasileira, principalmente a questão de contratação e reposição da força de trabalho nos serviços de saúde. As dificuldades encontradas para a implementação do checklist de cirurgia segura e das demais metas internacionais de segurança do paciente são semelhantes a adoção de outras práticas e ferramentas de gestão, encontrando no seu caminho os mesmos fatores mencionados neste estudo, levando a frustração, descrédito e enfraquecimento de estratégias já conhecidas e exitosas no cenário internacional. Ao mesmo tempo, hospitais brasileiros que possuem condições adequadas para a implementação dessas práticas demonstram resultados satisfatórios, e até de excelência, o que demonstra a potencialidade de algumas instituições e a capacidade dos hospitais brasileiros de promover um cuidado técnico e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, J. A.; HEARLD, L. R. What can we learn from quality improvement research? **Medical Care Research and Review**, v. 66, p. 235-71, 2009.
- ALPENDRE, F. T. et al. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-9, 2017.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016. p. 68. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>.
- AVELING, E.L.; McCULLOCH, P.; DIXON-WOODS, M. A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. **BMJ Open**, v. 3, n. 8, p. 1-10, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- BATALDEN, P. B.; DAVIDOFF, F. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? **Quality and Safety in Health Care**, v. 16, n. 1, p. 2–3, 2007.
- BATE, P. et al. Context is everything. *In*: Health Foundation. **Perspectives on context: a collection of essays considering the role of context in successful quality improvement: original research**. London, 30 mar. 2014. Disponível em: https://www.health.org.uk/sites/health/files/PerspectivesOnContext_fullversion.pdf.
- BERGS, J. et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. **BMJ Quality & Safety**, v. 24, n. 12, p. 776-786, 2015.
- BITTAR, O. J. N. V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 53–60, 1996.
- BITTAR, O. J. N. V.; MAGALHÃES, A. Hospitais de ensino: informações para monitoramento. **Revista de Administração em Saúde**, v. 10, n. 38, p. 12–20, 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Hospitais universitários. Brasília. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.702/2004, do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3410 de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2013d.

BRASIL. Presidência da República. Lei 12.550/2011 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretriz para Implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas Filiais EBSEH**. Diretriz SQH/CGQH/DAS nº 1/2014. 1ª Edição. Mar 2014. Disponível em:
<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njc5Mw%2C%2C>

CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 37, 2012.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3. ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.

CARMO, M. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG -1996 a 2004**. 2006. 121f. Dissertação (mestrado)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p.197-210, 2003.

CORONA, A. R. P. D.; PENICHE, A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Revista Sobecc**, v. 20, n. 3, p. 179–185, 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DACKIEWICZ, N. et al. Lista de verificación de seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 110, n.

6, p. 503–508, 2012.

DAMSCRODER, L. J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science.

Implementation Science, v. 4, p. 1-15, 2009.

DIXON-WOODS, M. et al. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. **The Milbank quarterly**, v. 89, n. 2, p. 167–205, 2011.

DIXON-WOODS, M. et al. Explaining Matching Michigan: an ethnographic study of a patient safety program. **Implementation Science**, v. 8, p. 1-13, 2013.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in quality assessment and monitoring)**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. DE. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1895–1904, jun. 2017.

ELIAS, A. C. G. P. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. **Revista SOBECC**, v. 20, n. 3, p. 128-133. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 965–971, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOURCADE, A. et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. **Quality & Safety in Health Care**, v. 21, p.191-197, 2012.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, p. 17-26, 2010.

FREITAS, M. R. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 137–148, 2014.

GAWANDE A. A. et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. **Surgery**, v. 126, n. 1, p. 66-75, 1999.

GOMES, C. D. P. P. et al. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 3, p. 140, 2 dez. 2016.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1061–1078, 2010.

GOUVÊA, M.; NOVAES, C.O.; IGLESIAS, A. C. Avaliação da antibioticoprofilaxia em pacientes cirúrgicos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Revista do Colégio Brasileiros de Cirurgiões**, v. 43, n. 4, p. 225-234, 2016.

GROL, R. P. T. M. et al. Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. **The Milbank Quarterly**, v. 85, n. 1, p. 93-138, 2007.

GROL, R. et al. Theories on implementation of change in healthcare. *In*: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. **Improving patient care: the implementation of change in health care**. Second edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, p. 18–39. 2013.

HANNAM, J. A. et al. A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 11, p. 940-947, 2013.

HAYNES, A. B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.

HAYNES A. B. et al. Surgical safety checklists in Ontario, Canada. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 24, p. 2350, 2014.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, supl., p. 1831–1840, 2007.

JOAQUIM, E. D. **Análise de um novo centro cirúrgico para o hospital universitário Cajuru: estudo de caso baseado em simulação computacional**. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

KABLE, A. K.; GIBBERD, R. W.; SPIGELMAN, A. D. Adverse events in surgical patients in Australia. **International Journal for Quality in Health Care**, v.14, n. 4, p. 269-76, 2002.

KAPLAN, H. C. et al. The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. **Milbank Quarterly**, v. 88, n. 4, p. 500–559, 2010.

KAPLAN, H. C. et al. The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, p. 13–20, 2012.

KITSON, A. L. et al. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. **Implementation Science**, v. 3, n. 1, 2008.

KREISCHER, E.D. **A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital universitário**. 2007. 121f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LAMB, P. L. **Centro cirúrgico e recuperação pós anestésica: planejamento**. Porto Alegre: Graficaplub, 2000. 135 p.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2507–2521, 2012.

LOBO, M. S. C. et al. Avaliação de desempenho e integração docente assistencial nos hospitais universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 581-590, 2010.

LUDWIG, A. C. W. **Fundamentos e prática de metodologia científica**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MACHADO, S. C. E. P.; KUCHENBECKER, R. S. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 4, , p. 871-877, 2007.

MALIK, A. M; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Série Saúde e Cidadania, v. 3. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

MANRIQUE, B. L. et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 355-360, 2015.

MARGOLIS, P. et al. Quality Improvement, Clinical Research, and Quality Improvement Resaerch – Opportunities for integration. **Pediatric Clinics of North America**, v. 56, n. 4, p. 831-41, 2009.

MARTÍNEZ QUES, A. A.; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 42-49, 2010.

MASCHEREK, A. C.; SCHWAPPACH, D. L.; BEZZOLA, P. Frequency of use and knowledge of the WHO-surgical checklist in Swiss hospitals: a cross-sectional online survey. **Patient Safety in Surgery**, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2013.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149–56, 2001.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279–284, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINTZBERG H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

OLIVEIRA, A. C.; DE ABREU, A. R.; DE ALMEIDA, S. S. Implementação do Checklist de Cirurgia Segura em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 4, 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. (Orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

ØVRETVEIT, J. Understanding the conditions for improvement: research to discover which

context influences affect improvement success. **BMJ Quality & Safety**, v. 20 Suppl 1, p. i18-23, 2011.

PANCIERI, A. P. et al. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PASCHOAL, M. L. H. Estudo do consumo de materiais de um centro cirúrgico após a implementação de um sistema de gestão informatizado. 2009. 194f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo 2009.

PETTIGREW, A.; FERLIE, E.; MCKEE, L. Shaping strategic change - The case of the NHS in the 1980s. **Public Money & Management**, v. 12, n. 3, p. 27-31, 1992.

PORTELA, M. C. et al. Improvement Science: conceptual and theoretical foundations for its application to healthcare quality improvement. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. suppl 2, 2016.

POWELL, B. J.; PROCTOR, E. K.; GLASS, J. E. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. **Research on Social Work Practice**, v. 24, n. 2, p. 192-212, 2014.

PRAXEDES, A. O. et al. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, 2017.

RIBEIRO, D. B. et al. Reflexões sobre demandas atendidas pelo serviço social no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador. *In: Encontro Nacional de Política Social*, 5, Anais, 2010, Vitória: PPGPS, 2010.

RIBEIRO, H. C. T. C. et al. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, 2017.

ROBERT G, FULOP N. The role of context in successful improvement. *In: Perspectives on context: a collection of essays considering the role of context in successful quality improvement*. London: **The Health Foundation**, p. 31-57, 2014.

RUSS, S. et al. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. **Annals of Surgery**, v. 258, n. 6, p. 856-871, 2013.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações**. 2006. Disponível em:
http://idisa.org.br/img/File/A%2520gestao%2520hospitalar%2520e%2520a%2520Reforma%2520Administrativa%2520_versao%2520CEBES.pdf

SATURNO, P. J. et al. Understanding WHO Surgical Checklist Implementation: Tricks and Pitfalls. An Observational Study. **World Journal of Surgery**, v. 38, n. 2, p. 287-95, 2013.

SAX, H. C. et al. Can aviation-based team training elicit sustainable behavioral change? **Archives of Surgery**, v. 144, n. 12, p. 1133-7, 2009.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. N. 85, p. 65-82, 2009.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365–380, 2013.

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, p. 89–95, 2010.

SOUZA, R. M. DE et al. APLICABILIDADE DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM CENTROS CIRÚRGICOS HOSPITALARES. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 4, p. 192, 20 dez. 2016.

TANG, R.; RANMUTHUGALAT, G.; CUNNINGHAM, F. Surgical safety checklists: a review. **ANZ Journal of Surgery**, v. 84, n. 3, p. 148-154, 2014.

TEIXEIRA, A. N. **Análise qualitativa com o programa NVivo 8: fundamentos**. Independent Listed Consultant QSR NVivo, Brazil, 2009.

TOSTES, M. F. P.; HARACEMIW, A.; MAI, L. D. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 203-209, 2016.

TREADWELL, J. R.; LUCAS, S.; TSOU, A. Y. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 4, p. 299-318, 2014.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Trends in hospital care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VECINA NETO, G. Centro Cirúrgico. *In*: Vecina Neto, G. Malik, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMJ**, v. 322, n. 7285, p. 517-519, 2001.

VRIES, E. N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Quality and Safety in Health Care**, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Revista Divulgação em Ciência para Debate**, v. 3, p. 17-24, 1991.

WEISER, T. G. et al. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 5, p. 365-370, 2010.

WELLER, J.; BOYD, M. Making a Difference Through Improving Teamwork in the Operating Room: A Systematic Review of the Evidence on What Works. **Current Anesthesiology Reports**, v. 4, n. 2, p. 77-83, 2014.

ZEGERS, M. et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. **Patient Safety in Surgery**, v. 5, n. 1, p. 1-13, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA FASE 1: – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

_____ **Identificador do entrevistado**

Data da entrevista: _____ **Hora início:** _____ **Hora término:** _____

Esta entrevista tem como proposta ouvir você, profissional de saúde neste hospital, sobre como ele tem lidado com questões relativas à qualidade do cuidado de saúde e segurança do paciente. O objetivo é identificar em que medida, tais questões estão hoje introjetadas na cultura organizacional e como está o ambiente do hospital para a implementação do checklist de cirurgia segura da OMS.

O roteiro está estruturado em quatro partes: I. Conhecendo você; II. Percepções acerca da qualidade do cuidado e segurança do paciente no hospital/serviço; III. Percepções sobre o ambiente para promover mudanças no sentido da melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente; IV. Percepções sobre o Checklist de Cirurgia Segura.

I. Conhecendo você

1. Qual é a sua profissão?
2. Há quanto tempo você se formou?
3. Você trabalha em que serviço? Dentro do serviço, desempenha que atividade?
4. Há quanto tempo você trabalha aqui?
5. Trabalha em outro lugar? Em atividade semelhante a que desempenha aqui?
6. Já atuou/ou atua em outras funções neste no hospital ou fora dele? Caso positivo, em que função? Por quanto tempo?

II. Percepções acerca da qualidade e segurança do cuidado na organização/serviço

1. Você identifica hoje, no hospital/seu serviço, iniciativas focadas na melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente? Se sim, por favor, fale sobre elas.
2. Você seria capaz de identificar situações no hospital/seu serviço que te preocuparam por indicar problemas na qualidade do cuidado ou riscos para os pacientes? Você atribuiria causas?
3. Você acha que há muita variabilidade nas práticas e resultados clínicos no hospital?
4. No hospital/seu serviço, existe algum sistema de monitoramento, eletrônico ou não, das práticas clínicas utilizadas e resultados obtidos? Se sim, você acha que funciona

adequadamente? É dado algum retorno sobre indicadores para os profissionais de saúde e/ou pacientes?

5. Você identifica esforços no hospital/seu serviço no sentido da padronização de práticas ajustadas às melhores evidências disponíveis?

III. Percepções sobre o ambiente para promover mudanças no sentido da melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente

1. Você é capaz de identificar fatores externos e internos que podem contribuir para a implementação de iniciativas de melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente neste hospital?

2. E que fatores, externos ou internos, podem dificultar a implementação de melhorias de qualidade e segurança no hospital?

3. Como você caracteriza o entrosamento e comunicação na equipe ou equipes de trabalho em que você atua no hospital?

4. E a comunicação e entrosamento entre equipes diferentes, como você avalia?

5. Você acha que os profissionais de saúde são escutados em relação às suas preocupações ou avaliações sobre a qualidade do cuidado e/ou segurança do paciente no hospital?

6. Os profissionais de saúde têm espaço para propor mudanças em procedimentos ou novas formas de realizar atividades assistenciais?

7. Você, particularmente, já propôs alguma mudança na rotina assistencial do hospital? Você se sentiu apoiado? A mudança foi realizada como você imaginou?

8. Você se sente receptivo a mudanças propostas pela equipe de gestão do hospital ou por outros colegas? Por que? Há circunstâncias que te fazem (ou fariam) mais receptivos?

9. Cite três profissionais que você avalia como altamente respeitados pelas equipes cirúrgicas do hospital.

IV. Percepções sobre o Checklist de Cirurgia Segura

1. Se você tivesse que atribuir um número de 0 (nenhum conhecimento) a 10 (total conhecimento), como você avalia o seu conhecimento sobre o checklist de Cirurgia Segura?

2. Caso você conheça o checklist de cirurgia segura, em que circunstâncias você conheceu?

3. Você acha que a implementação do checklist cirúrgico pode contribuir/contribuiu para a melhoria dos resultados cirúrgicos? Por que?

4. Considerando a perspectiva de implementação do checklist de cirurgia segura da OMS no hospital/seu serviço, você recomendaria alguma alteração?

5. O que você considera importante para que a implementação do checklist de cirurgia segura seja bem-sucedida? Você sugere alguma estratégia?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA FASE 1: GESTORES DE SAÚDE

Esta entrevista tem como proposta ouvir você, gestor neste hospital, sobre como ele tem lidado com questões relativas à qualidade do cuidado de saúde e segurança do paciente. O objetivo é identificar em que medida, tais questões estão hoje introjetadas na cultura organizacional e como está o ambiente da organização para a implementação do checklist de cirurgia segura da OMS.

O roteiro está estruturado em quatro partes: I. Conhecendo você; II. Percepções acerca da qualidade do cuidado e segurança do paciente no hospital/serviço; III. Percepções sobre o ambiente para promover mudanças no sentido da melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente; IV. Percepções sobre o Checklist de Cirurgia Segura.

I. Conhecendo você

1. Qual é a sua profissão?
2. Há quanto tempo você se formou?
3. Há quanto tempo você trabalha aqui?
4. Há quanto tempo você está nessa função gerencial?
5. Já atuou em outras funções gerenciais antes da sua função atual? Caso positivo, em que função? Por quanto tempo?

II. Percepções acerca da qualidade e segurança do paciente no hospital/serviço

1. Você identifica hoje, na sua organização/serviço, iniciativas focadas na melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente? Se sim, por favor, fale sobre elas.
2. Você seria capaz de identificar situações na sua organização/serviços que te preocuparam por indicar problemas na qualidade do cuidado ou riscos para os pacientes? Você atribuiria causas?
3. Você acha que há muita variabilidade nas práticas e resultados clínicos no hospital?
4. No seu hospital/serviço, existe algum sistema de monitoramento, eletrônico ou não, das práticas clínicas utilizadas e resultados obtidos? Se sim, você acha que funciona adequadamente? É dado algum retorno sobre indicadores para os profissionais de saúde e/ou pacientes?
5. Você identifica esforços na sua organização/serviço no sentido da padronização de práticas ajustadas às melhores evidências disponíveis?

III. Percepções sobre o ambiente para promover mudanças no sentido da melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente

1. Você é capaz de identificar fatores externos e internos que podem contribuir para a implementação de iniciativas de melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente neste hospital?
2. E que fatores, externos ou internos, podem dificultar a implementação de melhorias de qualidade e segurança no hospital?
3. Como você caracteriza o entrosamento e comunicação nas equipes de trabalho do serviço/hospital que você gerencia?
4. E a comunicação e entrosamento entre equipes de diferentes serviços, como você avalia?
5. Você propôs alguma vez procedimentos novos ou novas formas de realizar atividades assistenciais ao corpo de profissionais de saúde? Você se sentiu apoiado? Você conseguiu realizar essas mudanças como planejado?

IV. Percepções sobre o Checklist de Cirurgia Segura

1. Se você tivesse que atribuir um número de 0 (nenhum conhecimento) a 10 (total conhecimento), como você avalia o seu conhecimento sobre o checklist de Cirurgia Segura?
2. Caso você conheça o checklist de cirurgia segura, em que circunstâncias você conheceu?
3. Você acha que a implementação do checklist cirúrgico pode contribuir/contribuiu para a melhoria dos resultados cirúrgicos? Por que?
4. Considerando a perspectiva de implementação do checklist de cirurgia segura da OMS na sua organização/serviço, você recomendaria alguma alteração?
5. O que você considera importante para que a implementação do checklist de cirurgia segura seja bem-sucedida?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA – FASE 2

Esta entrevista tem como proposta ouvir você, profissional de saúde desta organização de saúde, sobre o processo de implementação do checklist de cirurgia segura da OMS. O objetivo é compreender o processo de implementação do checklist de cirurgia segura na sua unidade de saúde.

O roteiro está estruturado em duas partes: I. Percepções sobre o contexto durante o processo de implementação do checklist de cirurgia segura; II. Percepções sobre o processo de implementação do Checklist de Cirurgia Segura

I. Percepções sobre o contexto durante o processo de implementação do checklist de cirurgia segura

1. Durante o processo de implementação você é capaz de identificar fatores externos que contribuíram ou dificultaram para a implementação do checklist?
2. Durante o processo de implementação você é capaz de identificar fatores internos que contribuíram ou dificultaram para a implementação do checklist?
3. Quais foram as medidas adotadas pela organização para potencializar ou contingenciar os fatores que impactaram na intervenção. Em sua opinião, elas surtiram o efeito esperado? Que outras medidas você sugeriria para o êxito desse processo?

II. Percepções sobre o processo de implementação do Checklist de Cirurgia Segura

1. Quais foram as estratégias adotadas durante o processo de implementação do checklist de cirurgia segura. Em sua opinião, qual a estratégia que você considera mais exitosa? E a menos exitosa? Por quê?
2. Você consegue perceber alguma mudança no seu processo de trabalho durante o processo de implementação do checklist cirúrgico?
3. Como você avalia a sua contribuição no processo de implementação do checklist? Quais as ações que você vem desempenhando no processo?
4. Quais as medidas que deviam ser potencializadas ou ainda implementadas para maior adesão do checklist de cirurgia segura?
5. Se você pudesse citar duas lideranças decisivas no processo do checklist quais seriam?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTA

Projeto Desenvolvimento e avaliação de uma estratégia para a implementação do checklist de cirurgia segura da OMS

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *Desenvolvimento e avaliação de uma estratégia para a implementação do checklist de cirurgia segura da OMS*, que tem como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção multifacetada voltada para a implementação do *checklist* de cirurgia segura da OMS, associando a ela uma teoria explicativa do seu funcionamento.

A intervenção para implementação do *checklist* contempla: um treinamento com foco na segurança do cuidado e, mais especificamente, nos elementos e uso adequado do *checklist* de cirurgia segura da OMS; instrumentos promotores de uma atitude favorável à segurança do cuidado e facilitadores da incorporação do *checklist*; estratégias de melhoria da comunicação na equipe cirúrgica; e o monitoramento e ampla socialização de indicadores de processo e resultados do cuidado cirúrgico. Para a avaliação dos efeitos da intervenção prevê-se um estudo quasi-experimental de séries temporais, com a obtenção de medidas sucessivas dos indicadores selecionados antes e após a implementação da intervenção. As séries de medições obtidas serão apresentadas em gráficos no sentido de permitir a visualização das tendências de comportamento dos indicadores antes e após a intervenção.

A sua participação é importante para que se possa obter percepções acerca do nível de conhecimento e tipo de apreciação que se faz do *checklist* de cirurgia segura e acerca do contexto vigente relativo às questões da segurança no cuidado de saúde, assim como dificuldades e aspectos facilitadores para que a intervenção proposta seja bem-sucedida.

Sua participação consistirá em participar de uma entrevista no intuito de identificar algumas questões relacionadas à segurança do paciente, assim como, conhecer um pouco mais do seu local de trabalho, identificando possibilidades e limites para implementação de um conjunto de intervenções para a melhoria da qualidade na sua instituição. Pretende-se, a partir das suas opiniões e sugestões, construir as estratégias para a aplicação do *checklist* de cirurgia segura da OMS.

O tempo estimado de duração da entrevista é de 30 a 40 minutos. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, é voluntária, e pode ser retirada a qualquer momento, caso você julgue pertinente, sem nenhum tipo de penalização decorrente de sua negativa ou desistência em participar.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do entrevistado: _____

A sua entrevista será gravada digitalmente, será transcrita e revisada no sentido da remoção de quaisquer dados que eventualmente sejam identificadores. Cotações poderão ser utilizadas no relatório e publicação decorrentes da pesquisa, mas, sob nenhuma hipótese, dados serão apresentados de forma que permita a sua identificação. Elas serão atribuídas a classes profissionais e cabe a você definir como deseja ser classificado. Serão adotados todos os procedimentos para assegurar a confidencialidade e privacidade das informações fornecidas por você.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo protegido, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Não identificamos qualquer risco relacionado com a participação nesta pesquisa, já que será preservado o anonimato; somente o desconforto pelo tempo despendido com a entrevista.

Caso venha a ter dúvidas, você poderá contatar a coordenadora do projeto, Dr. Margareth Crisóstomo Portela, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Este termo está redigido em duas vias e você recebe uma delas, sendo a outra guardada pela coordenação da pesquisa.

Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Dados para contato:

Margareth Crisóstomo Portela, PhD

E-mail: mportela@ensp.fiocruz.br

Telefone: (21) 2598-2858

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 724 - Manguinhos - Rio de Janeiro, RJ 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP:

Email: cep@ensp.fiocruz.br

Telefone: (21) 2598-2863

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ 21041-210.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do entrevistado: _____

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br
Telefone: (84) 3342 5003
Endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis
Natal, RN

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e aceito conceder a entrevista que será gravada, estando claro que falas minhas poderão ser reproduzidas no relatório e publicações da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do entrevistado: _____