

ESTRATÉGIAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO CIRÚRGICO PÚBLICO AMBULATORIAL

Rosa Maria Fernambel Marques e Silva¹;

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

<http://lattes.cnpq.br/6991474397692066>

Márcia Valéria Rosa Lima².

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ.

<http://lattes.cnpq.br/7732864604263060>

RESUMO: Introdução: Com o aumento da expectativa de vida e a evolução tecnológica, tem-se maior quantitativo de procedimentos cirúrgicos sobretudo, os ambulatoriais. Cenário que demanda adequações para atender a cultura de segurança do paciente. Objetivos: Descrever as estratégias de segurança implementadas na prática ao paciente cirúrgico ambulatorial pela equipe multiprofissional. Método: Pesquisa-ação, abordagem qualitativa, natureza aplicada e sobre práticas seguras implementadas ao paciente cirúrgico pela equipe multiprofissional, em ambulatório cirúrgico público do Rio de Janeiro, com total de 6 enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem, entre o período de março 2024 até a atualidade. Utilizou-se a técnica observacional a fim da identificação das mudanças necessárias para alcançar a cultura de segurança cirúrgica. E a análise de conteúdo dos registros dos profissionais em prontuários, relatos dos pacientes cirúrgicos e os dados dos indicadores gerados. Resultados e discussão: As estratégias para segurança do paciente implementadas foram pulseiras de identificações; Escala de Morse; prontuário eletrônico; pastas organizadoras; checklist cirurgia segura; construção de protocolos e telenfermagem. Essas trazendo as primeiras mudanças positivas. Conclusão: A participação proativa de todos os integrantes da equipe cirúrgica e o enfermeiro com a visão gerencial, assistencial, educativa e científica frente aos processos cirúrgicos, coloca-se como um diferencial à segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Centros Cirúrgicos. Enfermagem.

STRATEGIES FOR PATIENT SAFETY IN A PUBLIC OUTPATIENT SURGICAL CENTER

ABSTRACT: Introduction: With the increase in life expectancy and technological evolution, there is a greater number of surgical procedures, especially outpatient ones. This scenario demands adaptations to meet the patient safety culture. Objectives: To describe the safety

strategies implemented in practice for outpatient surgical patients by the multidisciplinary team. Method: This is an action research study implementing an applied qualitative approach on safe practices implemented for surgical patients by the multidisciplinary team in a public surgical outpatient clinic in Rio de Janeiro, Brazil. A total of 6 nurses and 27 nursing technicians participated between March 2024 to the present. The observational technique was used to identify the changes necessary to achieve the surgical safety culture, as well as content analysis of the professionals' records in medical records, reports of surgical patients and the data of the generated indicators. Results and discussion: The strategies for patient safety implemented were: identification bracelets; Morse Scale; electronic medical records; organizing folders; safe surgery checklist; development of protocols and telenursing, which brought the first positive changes. Conclusion: Proactive participation of all members of the surgical team and the nurse with managerial duties, care, educational and scientific vision regarding surgical processes is a differential for safety.

KEYWORDS: Patient Safety. Surgicenters. Nursing.

INTRODUÇÃO

Cresce o quantitativo de cirurgias sobretudo, as realizadas ambulatorialmente. Foram 13.663.782 procedimentos eletivos em 2024 no Sistema Único de Saúde e as de emergência, chegaram a 5.324.823 cirurgias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025). Isso representa alta vulnerabilidade para ocorrerem eventos adversos na unidade cirúrgica e levar a danos físicos, sociais e / ou psicológicos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no seu Relatório Global de Segurança do Paciente 2024, aponta que mais de um a cada dez pacientes sofrem danos em ambientes de saúde. No qual, 134 milhões de eventos adversos são em hospitais e metade passíveis de não existirem, e nem de ocasionarem mortes e custos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024).

Em 1999, o estudo internacional em hospitais americanos pelo Institute of Medicine To Erris Human identificou a mesma problemática de cerca de 100 mil pessoas mortas por eventos adversos advindos dos cuidados assistenciais e sem relação com a doença do paciente (SILVA et al., 2020).

No Brasil, esse fato levou a mobilização em 2001 e a pensarem nas questões de segurança envolvendo o binômio paciente e profissionais. E Nesse contexto, emergiu o Projeto Hospitais Sentinelas, com o foco de ampliar a vigilância de produtos usados nos serviços de saúde (SILVA et al., 2020).

Mas, o passo significativo pela melhoria da assistência à saúde sobressaiu em 2004 quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). E no ano 2008, desenvolveu o Desafio Global Cirurgias Seguras Salvam Vidas, propondo a lista de verificação de

segurança cirúrgica também conhecida por checklist de cirurgia segura, para melhorar a segurança cirúrgica (TOSTES e GALVÃO, 2020).

O checklist de cirurgia segura busca identificar e prevenir erros comuns que podem colocar o paciente em risco. É uma ferramenta considerada simples, de fácil compreensão, baixo custo, rápida aplicabilidade e de preenchimento em três momentos: “Sign In” (antes da indução anestésica), “Time Out” ou Pausa (antes da incisão) e “Sign Out” (antes do paciente deixar o centro cirúrgico) e pode ser adaptado às condições da realidade de cada instituição de saúde. Só que para tal eficácia, precisa do engajamento da equipe e a compreensão de sua importância (TOSTES e GALVÃO, 2020).

A qualificação do cuidado em saúde deu-se em 2013 com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria do MS nº 529, de 1º de abril, pelo Ministério da Saúde (MS) que propõem garantir a segurança dos pacientes nos serviços de saúde mais a melhoria contínua dos processos de cuidado e a prevenção de eventos adversos.

O PNSP tange as seguintes metas: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Após 12 anos do PNSP, as instituições públicas e privadas de saúde ainda batalham diariamente por melhorias de segurança na prática. Na realidade ambulatorial cirúrgica quando comparada ao nível hospitalar, nota-se a problemática de pouco engajamento nas discussões para avaliação da segurança cirúrgica com o paciente. Aqui, fazendo necessária a condução e relevância deste estudo.

Os achados encontrados na revisão integrativa “Cancelamento cirúrgico ambulatorial” de setembro 2021 conduzida pelos autores Pinheiro et al, enfatizam e sugerem que as estratégias assistenciais ambulatoriais e de gestão precisam ser colocadas em prática (PINHEIRO et al., 2022).

OBJETIVO

Descrever as estratégias de segurança implementadas na prática ao paciente cirúrgico ambulatorial pela equipe multiprofissional.

Com a finalidade e perspectiva de comprometimento com o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e de um cuidado assistencial ambulatorial cirúrgico de qualidade; e na expectativa de trazer melhorias ao paciente, à instituição, profissionais e acompanhantes; e com o intuito de alcançar a certificação de práticas seguras requerida pelo Conselho Regional de Enfermagem.

METODOLOGIA

Pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, natureza aplicada e com o objetivo de descrever as estratégias de segurança do paciente implementadas na prática do centro cirúrgico público ambulatorial.

O cenário foi o ambulatório cirúrgico público do Rio de Janeiro, onde são realizados em média 200 procedimentos cirúrgicos por mês de baixa e média complexidade, de segunda a sexta-feira, no horário de 07 às 17 horas, nas seguintes especialidades: cirurgia geral, plástica, vascular, dermatologia, proctologia, periorbital, ortopedia e urologia.

Teve participação de 6 enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem, entre o período de março 2024 até a atualidade.

Utilizou-se a técnica observacional, onde observou-se o trabalho da equipe cirúrgica colocado em ação prática com os pacientes a fim da identificação da necessidade de mudanças para alcançar a cultura de segurança cirúrgica. E a análise de conteúdo dos registros desses profissionais em prontuários, relatos dos pacientes cirúrgicos e dados dos indicadores gerados.

Por se tratar apenas da descrição da prática cirúrgica com as estratégias de segurança ao paciente e não diretamente da exposição de dados dos pacientes, este estudo dispensou a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. No entanto, seguiu todos os princípios preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estratégias para a segurança do paciente implementadas foram: pulseiras de identificações; Escala de Morse para avaliação e prevenção de quedas; prontuário eletrônico; pastas organizadoras; checklist de cirurgia segura; construção de protocolos e telenfermagem.

A primeira identificação em nossa prática para exposição e riscos quanto a segurança cirúrgica do paciente foi a ausência de pulseiras de identificações no ambulatório cirúrgico. Como primeira meta internacional de segurança, tem-se a identificação dos pacientes corretamente a fim de mitigar os incidentes e erros que podem ocorrer desde a admissão até a alta (PEGORARO-ALVES-ZARPELON, 2023).

Baseado nisso, a instituição iniciou reuniões, escutas, treinamentos e estabeleceu os papéis de cada membro da equipe cirúrgica. Os técnicos administrativos ficaram responsáveis pela impressão das pulseiras. A seguir, incumbiu-se aos enfermeiros a responsabilidade por chamar o paciente em sua consulta de admissão pré-operatória e colocarem a pulseira nesse paciente e solicitar verbalmente que eles confirmassem seus dados descritos.

Todas as pulseiras seguem padronizações institucional e as cores representam metas de seguranças diferentes. Assim, acordou-se o branco para os dados de identificação do cliente cirúrgico; cor vermelha, no caso de alergias a medicações e/ ou alimentos; e pulseira cor amarela para prevenção de quedas. Quanto ao lado do membro direito ou esquerdo a ser colado a pulseira, isso condiz com o lado que o paciente fará a cirurgia.

Essa iniciativa das pulseiras de identificações pode ser interpretada como um ganho positivo, já que não existiam na instituição e tão pouco no ambulatório cirúrgico, e hoje abrangem 100% dos pacientes.

Salvetti et al. (2022), em seu estudo conduzido no Hospital Estadual Américo Brasiliense e no ambulatório médico de especialidades entre 2012 e 2021, no interior de São Paulo, também ressalta a importância da inclusão do nome social nas pulseiras de identificação. Uma ação que auxiliará na garantia da equidade e respeito das minorias sexuais e de gênero. Além da conformidade da lei, que já reconhece nas instituições públicas desde 2016 o uso do nome social e da identidade de gênero aos travestis e transexuais.

A próxima medida de segurança no ambulatório cirúrgico proveio de duas notificações internas de quedas no centro cirúrgico ambulatorial e outras nas dependências da instituição. Os dados apontaram que a meta 6 de diminuir o risco de dano ao paciente resultante de queda precisava de intervenção. E segundo Locklear et al. (2024), se isso não for revisto e atuante, pode representar ônus clínico para o paciente e econômico para o sistema hospitalar.

Na realidade do ambulatório cirúrgico, os riscos passaram a ser extraídos através das pontuações da escala de Morse implementada como cuidado de enfermagem pré-operatório a todos adultos e idosos cirúrgicos. Através do score obtido, agora o enfermeiro prescreve qual intervenção de enfermagem é melhor aplicável àquele paciente para prevenção de quedas e sinaliza com a pulseira amarela. Após esse cuidado, a presente instituição está há um ano sem registro de queda no setor centro cirúrgico.

Entretanto, um olhar mais ampliado trazido pelos autores Carvalho et al. (2020) corroboram com os resultados encontrados em nossa prática. Os indivíduos estão expostos a outros fatores que potencializam este risco para quedas e merecem igual atenção como: jejum, idade, polifarmácia, amputações, alterações visuais e auditivas; além da falta de estrutura física não adaptada para idosos.

Para Loo et al. (2025), também falta definição de metas claras para a equipe, precisa-se mostrar o impacto do resultado das quedas, envolver a família, existir mais qualificação da equipe e tornar os recursos prontamente disponíveis. Em 60 unidades hospitalares gerais para adultos dos EUA, Tunner et al. (2022) identificou como prática mais adotada deixar a cama do paciente travada, alcançando 70% das medidas mais usadas para prevenção de quedas.

Em 2024, por adequação à Resolução COREN RJ nº 736 de 17 de janeiro e nova

visão estimulada, foi criada a Comissão em segurança do processo de Enfermagem e o registro no prontuário eletrônico incorporado pela instituição.

Acredita-se que a adesão à informatização possa agregar na meta de melhor comunicação entre os profissionais de saúde; havendo menos perda de tempo nas buscas; de fácil identificação dos dados e conseqüentemente, somar a segurança do paciente. Mas, Honavar et al. (2020), conclui como primordial, que para tal mudança, a mentalidade profissional deve acompanhar a evolução da tecnologia.

Outra problemática evidenciada na prática do centro cirúrgico foram os exames e risco cirúrgico pré-operatórios trazidos pelos pacientes no dia da cirurgia. Inicialmente, a equipe técnica de enfermagem esquecia de devolver ao paciente na alta pós-operatória imediata ou trocavam os pacientes no momento da devolução. Com isso, a necessidade de repensar esse fluxo de trabalho, considerar as possíveis fragilidades ou mesmo, a preocupante quebra do sigilo ético com os exames entregues trocados aos pacientes.

Criou-se como intervenção de segurança, as pastas organizadoras. O custo foi incluído em primeira análise dentro da realidade do Sistema Único de Saúde como de impacto financeiro e um bloqueador para a iniciativa da ideia. A coordenadora do centro cirúrgico teve que articular todos os pros e contras com a alta gestão.

Primeiro, pensou-se num material plástico e que desse para reduzir custos, não gerassem altos resíduos de lixo e pudessem ser higienizadas e reaproveitáveis após o uso. E numa confecção de etiquetas de fácil adesão e posterior remoção das pastas, e às quais constassem a identificação completa dos pacientes, número de prontuário, data de nascimento e o nome de cada exame entregue na admissão ao enfermeiro.

Essa simples ação com a introdução das pastas alcançou melhorias perceptíveis no setor e nos indicadores, esses traduzidos no sucesso da adesão pela equipe e na satisfação das falas dos clientes cirúrgicos quanto a organização do cuidado assistencial.

Schwartz et al. (2022), direciona a pensarmos que o trabalho em equipe pode otimizar todas as operações clínicas, melhorar a experiência do paciente e trazer resultados favoráveis nos espaços cirúrgicos e mesmo, nos processos.

O checklist de cirurgia segura, que já existia de forma manual e deixava lacunas por falta de adesão no preenchimento por parte de toda equipe, precisou no cenário do ambulatório cirúrgico de escuta ativa, de novos alinhamentos com toda equipe e incessantes treinamentos.

O checklist passou a ser informatizado e aplicado por todos os técnicos de enfermagem, adaptado à realidade do setor cirúrgico ambulatorial e seguido as observações para segurança cirúrgica enfatizadas pela OMS. Com isso, a melhora da adesão.

Nessa acepção, Cabral et al. (2021), alerta quanto sempre checar nos profissionais os fatores que podem comprometer a confiabilidade dos dados registrados no checklist que são: a fadiga na hora da checagem e os treinamentos inadequados.

Percebeu-se também, a urgência na construção dos protocolos cirúrgicos, em específico, no protocolo de peças para biópsias. Fez-se adaptações nas etiquetas e educação permanente da equipe pelo enfermeiro para a identificação das peças cirúrgicas. Tal mudança implicou na elaboração de nova etiqueta apresentando: nome completo do paciente, nomes dos pais, data de nascimento, nome da peça e lado, especialidade médica, responsável pelo recebimento da peça, horário e data.

Essa etiqueta, atualmente é colada em livro específico, novamente conferidas e assinadas por dois integrantes da equipe cirúrgica, que são o técnico de enfermagem e o enfermeiro. O médico faz a guia de solicitação para o laboratório. Em caso de inconformidade com esse protocolo, o laboratório não recebe a peça. Nesse sentido, Silva et al. (2020) ratificam que além do contato dos profissionais com o protocolo, precisa haver sempre o treinamento.

A telenfermagem foi outra estratégia adotada e segura, no qual beneficiou os pacientes e trouxe mudanças positivas na redução por cancelamentos cirúrgicos, que incluíam diversos motivos: ausência de acompanhante; uso de adornos impossíveis de serem removíveis na hora do procedimento; quebra de jejum; uso incorreto de medicações; esquecimento da data e horário; e por desconhecimento do impacto de faltar ao procedimento cirúrgico.

Reforçando esse desfecho positivo, Giménez et al. (2024) citam ainda a melhora através da telenfermagem nos níveis de incapacidade, autonomia, qualidade de vida e menor taxa das complicações pós-operatórias, dor e diminuição de custos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que as estratégias implementadas no ambulatório público cirúrgico com: pulseiras de identificações; Escala de Morse para avaliação e prevenção de quedas; prontuário eletrônico; pastas organizadoras; checklist de cirurgia segura; construção de protocolos e telenfermagem, trouxeram notória mudança positiva tanto aos pacientes quanto a organização dos processos no setor para a segurança cirúrgica.

As estratégias de intervenções exigiram muito mais o envolvimento de recursos humanos, educação permanente, adequações e a parceria institucional, do que custos propriamente dito.

O papel do enfermeiro com a visão gerencial, assistencial, educativa e científica frente aos processos cirúrgicos, coloca-se como um diferencial à segurança. Principalmente, tratando-se do cenário público, já que aqui se inclui além dos funcionários permanentes, a alta rotatividade de estudantes e residentes desconhecedores do processo de trabalho.

Existem outros fatores que também impactam na segurança e são facilmente detectados na literatura e foram perceptíveis na prática que são: a resistência de alguns profissionais da equipe multiprofissional para adesão às mudanças e tecnologias; as ações executadas de forma incompleta e as limitações de recursos financeiros pela instituição.

A participação proativa de todos os integrantes da equipe cirúrgica, o uso de uma abordagem padronizada, sistematizada e inclusiva tanto através do feedback dos profissionais quanto principalmente pelos pacientes que farão seus procedimentos cirúrgicos, são meios de investigar e conhecer o padrão de satisfação e trazer melhorias contínuas à cultura de segurança.

Espera-se que as boas práticas aqui descritas incentivem, internalizem-se na formação, nos profissionais, e estendam-se a outras realidades cirúrgicas sejam elas instituições públicas ou privadas.

No campo científico, corrobore com o aprofundamento desta temática segurança cirúrgica ao paciente na esfera ambulatorial. E para a manutenção dessas melhorias alcançadas, sugere-se que periodicamente haja reavaliações e auditorias.

Como limitações do estudo, estender a observação e fazer comparações acerca da segurança cirúrgica com outros cenários públicos e ambulatoriais à nível nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf . Acesso em: 03 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde registra o maior número de cirurgias eletivas da história do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/ministerio-da-saude-registra-o-maior-numero-de-cirurgias-eletivas-da-historia-do-sus> . Acesso em: 11 abr. 2025.

CABRAL, D. B. *et al.* Critérios auditáveis para implementação de melhores práticas na adesão ao checklist cirúrgico. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 34, eAPE00515, p. 1-10, 2021.

CARVALHO, T. C.; DINI, A. P. Risco de quedas em pessoas com doença renal crônica e fatores relacionados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 28, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução cofen nº 736 de 17 de janeiro de 2024**. Rio de Janeiro: Cofen, 2024.

GIMÉNEZ, V. C. A. *et al.* Telenursing in the postoperative period: a scoping review. **Rev. Bras Enferm**, São Paulo, v. 77, n. 3, p. 1-11, 2024.

HONAR, S. G. *et al.* Electronic medical records – the good, the bad and the ugly. **Indian J Ophthalmol**, v. 68, n. 3, p. 417-418, 2020.

LOCKLEAR, T. *et al.* Inpatient falls: Epidemiology, risk assessment, and prevention

measures. A narrative review. **HCA Healthcare jornal of medicine**, v. 5, n. 5, p. 517-525, 2024.

LOO, C. Y. *et al.* Patient safety is our business! Staff perspectives on implementing hospital falls prevention education. **Health promotion international**, Austrália, v. 40, n. 1, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global patient safety report 2024**. Genebra: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240095458>. Acesso em: 11 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Alliance for Patient Safety**. Genebra: World Health Organization; 2004. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2025.

PEGORARO-ALVES-ZARPELON, S.; PIVA-KLEIN, L.; BUENO, D. Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Rev. OFIL-ILAPHAR**, Madrid, v. 32, n. 4, p. 377-386, 2022.

PINHEIRO, L. D. P. S. *et al.* Cancelamento cirúrgico ambulatorial: uma revisão integrativa. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 1-10, 2022.

SALVETTI, M. C. P *et al.* Nome social: respeito e integralidade no atendimento em saúde – experiência do Ambulatório de Especialidades e Hospital Américo Brasiliense. **Experiências & Saúde LGBTI**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 76-85, 2022.

SCHWARTZ, K. *et al.* Teaming in the ambulatory surgical space and crisis management strategies. **Fertility and sterility**, v. 117, n. 1, p. 22-26, 2022.

SILVA, A. M. R.; SILVA, I. T. C.; ROCHA, G. S.; TEIXEIRA, E. Protocolo de cirurgia segura: Análise da produção e execução em dois hospitais terciários. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 126-135, 2020.

SILVA, P. H. A. *et al.* Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. **Rev Col Bras Cir**, São Paulo, v. 47, p. 1-7, 2019.

TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M. Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 204-2011, 2020.

TURNER, K. *et al.* Práticas de prevenção de quedas e estratégias de implementação: examinando a consistência entre as unidades hospitalares. **J. Paciente Saf**, v. 18, n. 1, p. 236-242, 2022.