

Elaboração de lista de orientações educativas para preparo pré-operatório de cirurgias oncológicas eletivas

Developing a checklist of educational guidelines for preoperative preparation for elective oncological surgeries

Elaboración de una lista de pautas educativas para la preparación preoperatoria para cirugías oncológicas electivas

Jonathas Patrick William Gomes Sales¹ , Sandra Soares Mendes^{1*} 


RESUMO: **Objetivo:** Identificar como os pacientes que passaram por cirurgias oncológicas eletivas foram informados sobre o preparo antes da cirurgia e, com base nessas informações, elaborar uma lista educativa de orientações pré-operatórias. **Método:** Pesquisa retrospectiva e transversal desenvolvida em uma instituição de oncologia no interior de São Paulo. Dois questionários foram utilizados, um para os dados do perfil sociodemográfico e de saúde, e outro para identificar retrospectivamente as orientações pré-operatórias. Realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** Dos 38 pacientes, 65,8% eram do sexo feminino, sendo 42% submetidas à mastectomia. Prevaleram as orientações fornecidas de maneira verbal e presencial, especialmente sobre o exame solicitado pelo cirurgião e a documentação pessoal, que apresentaram o mesmo percentual: 78,9%. Houve lacunas de informação fornecida sobre a possibilidade de uso de sonda, drenos ou tubos para 63,2%. **Conclusão:** O autorrelato dos pacientes sobre as orientações pré-operatórias revelou falhas na forma de transmissão dessas informações e fundamentaram a construção da lista de orientações educativas, ressaltando a importância de ferramentas estruturadas de modo escrito para equipe multiprofissional que podem aprimorar a qualidade e a segurança do cuidado pré-cirúrgico. **Palavras-chave:** Oncologia Cirúrgica, Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, Lista de Checagem, Segurança do Paciente, Enfermagem Perioperatória.

ABSTRACT: **Objective:** To identify how patients who underwent elective oncological surgeries were informed about preparation before surgery and, based on this information, develop an educational checklist of preoperative guidelines. **Method:** This is a retrospective and cross-sectional research developed at an oncology institution in a small city in the state of São Paulo, Brazil. Two questionnaires were used, one for sociodemographic and health profile data, and the other to retrospectively identify preoperative guidelines. Descriptive statistical analysis was performed. **Results:** Of the 38 patients, 65.8% were women, with 42% undergoing mastectomy. The guidance provided verbally and in person prevailed, especially regarding the examination requested by the surgeon and personal documentation, which presented the same percentage: 78.9%. There were gaps in information provided about the possibility of using a probe, drains, or tubes for 63.2%. **Conclusion:** Patients' self-reports on preoperative guidelines showed flaws in the way this information was passed on and supported the development of the checklist of educational guidelines, highlighting the importance of structured written tools for the multidisciplinary team that can improve the quality and safety of preoperative care.

Keywords: Surgical Oncology, Elective Surgical Procedures, Checklist, Patient Safety, Perioperative Nursing.

RESUMEN: **Objetivo:** Identificar cómo se informó a los pacientes sometidos a cirugías oncológicas electivas sobre la preparación antes de la cirugía y, con base en esta información, desarrollar una lista educativa de pautas preoperatorias. **Método:** Investigación retrospectiva y transversal desarrollada en una institución de oncología del interior de São Paulo. Se utilizaron dos cuestionarios, uno para datos sociodemográficos y de perfil de salud, y otro para identificar retrospectivamente pautas preoperatorias. Se realizó análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** De las 38 pacientes, el 65,8% eran mujeres y el 42% fueron sometidas a mastectomía. Prevalció la orientación brindada de forma verbal y presencial, especialmente en lo que respecta al examen

¹Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – São João da Boa Vista (SP), Brasil.
Autor correspondente: sandraenf82@gmail.com
Recebido: 25/10/2023 – Aprovado: 06/02/2024
<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202429954>

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

solicitado por el cirujano y la documentación personal, que presentó el mismo porcentaje, 78,9%. Hubo lagunas en la información brindada sobre la posibilidad de utilizar sonda, drenajes o tubos para el 63,2%. Conclusión: Los autoinformes de los pacientes sobre las guías preoperatorias revelaron fallas en la forma en que se transmitió esa información y apoyaron la construcción de la lista de guías educativas, destacando la importancia de herramientas escritas estructuradas para el equipo multidisciplinario que puedan mejorar la calidad y seguridad de las guías preoperatorias y la atención quirúrgica. **Palabras clave:** Oncología Quirúrgica, Procedimientos Quirúrgicos Electivos, Lista de Verificación, Seguridad del Paciente, Enfermería Perioperatoria.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma das principais causas de morte precoce no mundo, e sua incidência tem apresentado um crescimento exponencial acelerado. Dados mundiais recentes indicam cerca de 19,3 milhões de novos casos (18,1 milhões, exceto o câncer de pele não melanoma) e quase 10 milhões de mortes por câncer (9,9 milhões, exceto o câncer de pele não melanoma). As estimativas para 2040 são de um aumento de quase 50% no número de casos novos¹.

No Brasil, de acordo com dados apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), as projeções para o período de 2023 a 2025 são de 704 mil novos casos por ano de câncer, com aproximadamente 70% de incidência nas regiões Sul e Sudeste do país. Dentre os tumores malignos, o de maior incidência no Brasil é o de pele não melanoma (31,3%), seguidos pelo de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%)².

Um dos tratamentos do câncer é a cirurgia oncológica, que, quando indicada, é utilizada na remoção total ou parcial do tumor. A cirurgia oncológica também é uma forma de avaliar a extensão da doença, sendo possível certificar o estadiamento do câncer por meio do ato cirúrgico³.

Importante ressaltar que a abordagem múltipla do tratamento do câncer, associando a diversas modalidades terapêuticas, como a quimioterapia e radioterapia, em geral pode proporcionar melhores resultados em termos de cura, sobrevida e qualidade de vida³.

Durante esse processo terapêutico, a etapa pré-cirúrgica pode desencadear no paciente diversas reações, tais como insegurança, medo, desespero e ansiedade, que em certos níveis podem causar bloqueios na memória. Isso ocorre devido ao momento de fragilidade física e emocional, cujos aspectos estão intrinsecamente interligados⁴.

Assim, não se pode cobrar de um paciente ansioso, temeroso, que se lembre dos nomes das medicações em uso, assim como das medicações anticoagulantes e aquelas que podem causar alergias ou riscos à vida. Essas informações são solicitadas, muitas vezes, horas antes da cirurgia, após admissão

hospitalar, especialmente nos casos em que ocorre esquecimento de anotações prévias. Tanto pacientes quanto profissionais de saúde devem compreender que confiar unicamente na memória pode não ser suficiente⁴.

Estudos indicam que adotar uma lista de verificação é uma prática encorajada, pois diminui a necessidade de depender da memória e intuição⁵ e pode diminuir erros⁶. Pesquisas anteriores mostraram dados preocupantes relacionados aos eventos pós-cirúrgicos. Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade decorrente de cirurgia no período de 30 dias foi de 0,77%⁷. No Brasil, uma pesquisa demonstrou que os eventos adversos relacionados à infecção de sítio cirúrgico representaram 50%, em um total de 60 casos analisados⁸.

A lista de verificação, ou *checklist*, é uma verificação sistemática de todas as etapas de um procedimento, para que este se desenvolva com o máximo de segurança. Ela possui a finalidade de verificar e indicar itens que possam comprometer a segurança do paciente⁹.

Em resposta à preocupação global com a segurança em procedimentos clínicos e cirúrgicos, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade de conscientizar os profissionais de saúde, promover um compromisso com a qualidade e estimular a criação de políticas públicas para incentivar as boas práticas na assistência à saúde⁴.

Em 2008, a OMS lançou o desafio global “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que destacou a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), ou *Checklist* de Segurança Cirúrgica (CSC), como uma ferramenta fundamental para prevenção e redução de eventos adversos e mortes relacionados a procedimentos cirúrgicos⁴.

Frente ao desafio estabelecido em 2008, a busca era pela definição de padrões de segurança aplicáveis a todos os países-membros da OMS, nos quais o Brasil estava incluso. Para atender a essa necessidade, especialistas desenvolveram uma LVSC composta por três etapas, que são: a identificação, que ocorre antes da indução anestésica; a confirmação, realizada antes da incisão cirúrgica; e o registro, que ocorre ao término da cirurgia, antes do paciente deixar a sala operatória^{4,9}.

A LVSC pode ser ajustada para se adequar às demandas de diversos países, podendo ser padronizada conforme as exigências de cada instituição. Essa característica versátil em diferentes contextos, a estrutura sistematizada e a implantação de baixo custo dessa ferramenta reduzem os impactos adversos e proporciona segurança na prestação do cuidado cirúrgico^{4,9}.

Constitui-se ainda uma ferramenta de boas práticas que pode contribuir na prevenção e redução de danos, melhorando o desenvolvimento de comportamentos seguros⁷. Ressalta-se que, no contexto cirúrgico, a enfermagem desempenha um papel primordial na promoção da segurança do paciente, especialmente no cuidado cirúrgico, ao compartilhar a responsabilidade na aplicação da LVSC¹⁰.

Dada a importância da lista de verificação no contexto cirúrgico e em outros serviços intra-hospitalares, destaca-se a necessidade de orientações adequadas e estruturadas durante o período pré-operatório, visto que esse momento representa uma oportunidade ideal para fortalecer uma abordagem preventiva visando promover a segurança do paciente, garantir a qualidade do cuidado e prevenir possíveis danos em procedimentos cirúrgicos eletivos.

OBJETIVO

Identificar como os pacientes que passaram por cirurgias oncológicas eletivas foram informados sobre o preparo antes da cirurgia e, com base nessas informações, elaborar uma lista educativa de orientações pré-operatórias.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva e transversal realizada em uma instituição de atendimento oncológico, localizada na região Centro-Leste do estado de São Paulo. A instituição realiza procedimentos de quimioterapia e radioterapia, administradas de modo isolado ou associadas aos tratamentos pré e pós-operatórios. Dos atendimentos realizados, 80% são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto 20% são para convênios e particulares, além de prestar atendimento às regiões circunvizinhas.

Foram incluídos no estudo os indivíduos submetidos às cirurgias oncológicas eletivas realizadas pelo SUS até 12 meses da data de coleta de dados, com idade igual ou superior a 18 anos, e aqueles que aceitaram participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os indivíduos que já haviam respondido aos questionários durante o período de coleta de dados, aqueles com dificuldades de compreender e responder os questionários, ou em caso de recusa em assinar o TCLE.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário das Faculdades Associadas — UNIFAE, CAAE: 68711823.0.0000.5382, parecer nº 6.022.623

Para a avaliação da representatividade e o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada como população de estudo os atendimentos de quimioterapia e radioterapia durante um mês, para avaliação da representatividade da amostra mensal. A instituição forneceu a informação de total de atendimentos de n=354. Durante o período de coleta de dados, entre os meses de junho e julho de 2023, obteve-se um n=38. Considerando-se a maior variabilidade possível para a amostra aleatória simples (prevalência de 50%), um nível de significância de 5%, verificou-se que pode ser atribuído a esta amostra um erro amostral de 15%.

Os voluntários responderam dois questionários; um para obter os dados sociodemográficos e de saúde composto por 14 questões, sendo sete questões objetivas e as demais abertas. E outro questionário para identificar retrospectivamente as orientações pré-operatórias. Foi elaborado um questionário piloto (não validado) pelos próprios pesquisadores por meio de estudos prévios relacionados ao tema^{4,11}, com 18 questões objetivas, com as seguintes opções de resposta para cada item: verbal presencial, verbal por telefone, por escrito e verbal presencial, somente por escrito, não houve informação, não se aplica. As outras duas questões são de resposta sim ou não, sendo a primeira referente ao esquecimento de alguma orientação e a segunda, se o indivíduo gostaria de dar alguma sugestão para melhoria das orientações pré-operatórias. No caso de respostas afirmativas para ambas as questões, tem-se a opção de resposta aberta. Para a construção da proposta da lista educativa de orientações pré-cirúrgicas, considerou-se o autorrelato dos pacientes provenientes deste questionário juntamente com a literatura científica sobre o tema^{4,11}.

Os pacientes foram abordados na sala de espera enquanto aguardavam o atendimento de consulta médica ou para receber o tratamento de quimioterapia ou radioterapia. O pesquisador primário foi o responsável pela coleta de dados. O tempo médio de preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 20 minutos.

Os dados coletados foram digitados no programa *Excel for Windows (Microsoft Office 2022)* e feita análise estatística descritiva por meio de média, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas (n e %).

RESULTADOS

Compuseram a amostra deste estudo 38 participantes, com idades de 27 a 82 anos e com média de idade de 60,4 anos (Dp: 12,13). As descrições das outras variáveis sociodemográficas podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas dos participantes. São João da Boa Vista (SP), Brasil, 2023.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	25	65,8
Masculino	13	34,2
Estado civil		
Com companheiro	23	60,5
Sem companheiro	15	39,5
Possui filhos		
Não	3	7,9
Sim	35	92,1
Cor ou raça		
Branca	29	76,3
Parda	4	10,5
Preto	5	13,2
Cidade que reside		
São João da Boa Vista	17	44,7
Outras	21	55,3
Profissão		
Aposentado	19	50,0
Não tem	7	18,4
Outras profissões	12	31,6
Grau de instrução		
Não sabe ler ou escrever	1	2,6
Ensino fundamental incompleto	20	52,6
Ensino fundamental completo	4	10,5
Ensino médio incompleto	1	2,6
Ensino médio completo	9	23,7
Ensino superior completo	3	7,9
Trabalha		
Não	34	89,5
Sim	4	10,5
Faixas de salário mínimo		
Entre 1 e 2	32	84,2
Entre 2 e 3	5	13,2
Entre 3 e 5	1	2,6

A Tabela 2 apresenta as características de saúde dos participantes em relação ao tratamento atual, tempo decorrido da cirurgia oncológica e relato de doenças.

Os dados sobre como os pacientes receberam as informações pré-operatórias indicam que a maioria foi transmitida verbalmente e de modo presencial, seguida pela combinação verbal, presencial e escrita. Além disso, houve casos em que as informações não foram repassadas de nenhum modo (verbal, escrito ou presencial). Para cada método de transmissão das informações, estão descritos os respectivos itens e percentuais (Tabela 3).

Entre os participantes, 10,53% (n=4) se esqueceram de orientações ditas verbalmente, 5,26% (n=2) se esqueceram de levar os exames solicitados no dia da cirurgia e 5,26% (n=2) esqueceram de suspender medicações anticoagulantes.

Em relação às sugestões sobre melhoria das orientações pré-cirúrgicas, participaram 26,32% (n=11), sendo

Tabela 2. Características de saúde dos participantes. São João da Boa Vista (SP), Brasil, 2023.

Características	n	%
Cirurgia realizada		
Mastectomia	17	44,7
Quadrantectomia	4	10,5
Colectomia	10	26,3
RTU de bexiga	4	10,5
Nefrectomia	2	5,3
Outras	3	7,9
Cirurgia realizada há quanto tempo (meses)		
1	4	10,5
Entre 2 e 3	11	29,0
Entre 3 e 6	9	23,7
Entre 6 e 12	14	36,8
Possui alguma doença		
Não	12	31,6
Sim	26	68,4
Qual doença		
Diabetes	14	36,8
Hipertensão arterial	18	47,4
Outras doenças	2	5,3
Tratamento atual		
Quimioterapia	24	63,2
Radioterapia	14	36,8
Sem tratamento	4	10,5

que 15,79% (n=6) sugeriram que as informações fossem de alguma maneira realizadas por meio de lista, por escrito ou em formato de cartilha, enquanto 13,16% (n=5) sugeriram que houvesse informações sobre a utilização de dispositivos pós-cirurgia, como sondas, drenos e bolsa de colostomia.

O Quadro 1, apresenta a proposta de uma lista de orientações pré-operatórias educativas conforme dados obtidos juntos aos pacientes submetidos às cirurgias oncológicas eletivas.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos e de saúde compilados neste estudo indicaram a prevalência de mulheres com câncer de mama, além de validarem as projeções de aproximadamente 15% de casos novos no triênio 2023–2025, sendo o mais prevalente e com uma incidência de 30,1%. Nota-se, ainda, uma incidência progressiva com a idade, especialmente após os 50 anos, tornando a idade um fator de risco significativo², o que corrobora com os dados obtidos neste estudo.

Os dados socioeducacionais mostraram que a maioria possui uma renda mensal entre um e dois salários mínimos, com ensino fundamental incompleto. A influência significativa das disparidades socioeconômicas nos índices de mortalidade e incidência de câncer foi observada, especialmente em regiões desfavorecidas e entre grupos com menor escolaridade e renda, corroborando achados de estudos anteriores internacionais¹² e nacionais¹³.

Entre as comorbidades associadas, quase metade dos pacientes relataram a hipertensão arterial sistêmica, e 63,2% estavam em tratamento de quimioterapia. As comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e outras doenças crônicas, são significantes para o tratamento e a sobrevivência de mulheres com câncer de mama, especialmente durante a quimioterapia, onde certos tratamentos podem ser prejudiciais¹⁴ e algumas drogas podem apresentar riscos cardiovasculares, manifestando-se de forma aguda, subclínica ou crônica após a quimioterapia¹⁵.

No que diz respeito às modalidades terapêuticas para o câncer de mama, há desde procedimentos conservadores para

Tabela 3. Orientações pré-cirúrgicas recebidas pelos pacientes submetidos às cirurgias oncológicas eletivas. São João da Boa Vista (SP), Brasil, 2023.

Orientações pré-cirúrgicas recebidas	Verbal presencial		Verbal por telefone		Escrito verbal e presencial		Escrito e verbal por telefone		Somente escrito		Não teve informação		Não se aplica
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Termo de consentimento cirúrgico assinado	1	2,6	0	0,0	22	57,9	1	2,6	6	15,8	8	21,1	0
Termo de consentimento anestésico assinado	1	2,6	0	0,0	25	65,8	1	2,6	3	7,9	8	21,1	0
Levar a guia de internação médica	24	63,2	0	0,0	8	21,1	1	2,6	1	2,6	4	10,5	0
Levar exames solicitados pelo cirurgião	30	78,9	0	0,0	3	7,9	1	2,6	0	0,0	4	10,5	0
Documentos pessoais	30	78,9	0	0,0	4	10,5	1	2,6	0	0,0	3	7,9	0
Retirada de joias e adornos	21	55,3	0	0,0	2	5,3	1	2,6	0	0,0	14	36,8	0
Tricotomia ou tonsura dos pelos	9	45,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	55,0	18
Banho geral	20	52,6	0	0,0	1	2,6	1	2,6	0	0,0	16	42,1	0
Levar troca de roupa e itens de higiene pessoal	16	43,2	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	20	54,1	1
Jejum sólido	18	47,4	0	0,0	12	31,6	1	2,6	3	7,9	4	10,5	0
Jejum líquido	17	44,7	0	0,0	12	31,6	1	2,6	4	10,5	4	10,5	0
Suspensão de medicação anticoagulante	20	52,6	0	0,0	5	13,2	0	0,0	0	0,0	13	34,2	0
Alergias (medicamentos-látex)	25	65,8	0	0,0	9	23,7	0	0,0	0	0,0	4	10,5	0
Possível uso de bolsa de colostomia	4	36,4	0	0,0	1	9,1	0	0,0	2	18,2	4	36,4	0
Possível uso de sonda, drenos ou tubos	9	23,7	0	0,0	4	10,5	0	0,0	1	2,6	24	63,2	0
Nome do procedimento	5	13,2	0	0,0	16	42,1	1	2,6	8	21,1	8	21,1	0
Retirada parcial ou total da mama	4	19,0	0	0,0	8	38,1	1	4,8	1	4,8	7	33,3	17
Sobre os riscos cirúrgicos	13	34,2	0	0,0	10	26,3	0	0,0	6	15,8	9	23,7	0

Quadro 1. Lista de orientações pré-operatórias educativas para cirurgias oncológicas eletivas. São João da Boa Vista (SP), Brasil, 2023.

Lista de orientações pré-operatórias educativas para cirurgias oncológicas eletivas	
Dados de Identificação	
Nome Completo: _____	
Data Nasciemnto: ____/____/____ Idade: _____ Telefone: () _____	
Nome Mãe: _____	
Procedimento Cirúrgico	
Nome da Cirurgia: _____	
Data da Cirurgia: ____/____/____	
Data da Internação: ____/____/____ Horário: _____	
Assinale com um X as orientações pré-cirúrgicas recebidas	
Levar documentos de identificação pessoal(RG/ CPF)	<input type="checkbox"/>
Levar exames solicitados pelo médico	<input type="checkbox"/>
Levar termo de consentimento cirúrgico e anestésico assinado	<input type="checkbox"/>
Toma algum anticoagulante?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim qual (quais)? _____	
Deve ser suspenso anterior a cirurgia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim por quantos dias? _____	
Medicações em uso?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim quais? _____	
Alergia ou sensibilidade a medicamentos ou látex?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim qual (quais)? _____	
Uso de algum disositivo (bolsa colostomia/sonda/drenos) ou outro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Orientações sobre cuidados gerais	
Levar troca de roupa e itens de higiene pessoal	<input type="checkbox"/>
Retirada de joias e adornos	<input type="checkbox"/>
Tricotomia (retirada de pelos)/corte do local a ser operado, quando indicado	<input type="checkbox"/>
Banho geral antes da internação	<input type="checkbox"/>
Jejum solido de _____ horas, antes da internação	
Jejum liquido de _____ horas, antes da internação	
Observações informadas pelo paciente	

Declaro ter sido devidamente orientado(a), Assinatura: _____	
Profissional responsável pela orientação (carimbo/assinatura): _____	
Dúvidas ou imprevistos que impedem a realização da cirurgia ligar para: () XXXXXXXXX	

estágios iniciais a técnicas mais invasivas para estágios avançados¹⁶. A falta de acesso ao rastreamento, falta de compreensão sobre autocuidado e distância dos centros especializados contribuem para a detecção tardia, o tratamento agressivo e prognóstico desfavorável¹⁷, com sequelas de dor, inchaço crônico, com alta mortalidade e resultados que repercutem na qualidade de vida¹⁶.

O autorrelato dos pacientes contribuíram para a construção da proposta da lista de orientações educativas pré-operatórias, revelando falhas de comunicação. A maioria dos pacientes receberam as orientações verbalmente ou presencialmente, principalmente sobre exames solicitados pelo cirurgião e documentação pessoal. Além disso, constatou-se uma lacuna na informação sobre o uso de dispositivos como sonda, drenos ou tubos.

Essas constatações são preocupantes e destacam a necessidade de um esforço conjunto da equipe multiprofissional para fornecer orientações estruturadas aos pacientes, incluindo informações por escrito para esclarecer dúvidas, juntamente com treinamento adequado da equipe¹⁸, conforme foi identificado no item relacionado aos termos de consentimento anestésico e cirúrgico que foram comunicados verbalmente, presencialmente e por escrito, apresentando os maiores percentuais neste modo de transmissão de informações.

Atualmente, a instituição não possui uma ferramenta no formato escrito estruturado para as orientações de preparo pré-operatório. Portanto, os relatos dos pacientes são importantes para melhorar a comunicação, para a cultura de segurança do paciente e para o processo de implantação deste recurso. A proposta inicial é implementar essa ferramenta por um período mínimo de seis meses, permitindo à equipe multiprofissional avaliar e contribuir para o processo. Além disso, a lista será encaminhada para consulta por especialistas na área, visando garantir maior rigor científico e realizar ajustes na lista de orientações pré-operatórias.

É importante ressaltar que a cultura de cirurgia segura esteja inserida na instituição para que, de fato, a lista de verificação proposta para determinado momento cirúrgico tenha adesão de toda a equipe e dos profissionais responsáveis em prestar as devidas orientações, de modo a evitar intercorrências ou inadequações pré-cirúrgicas¹⁸.

Destaca-se que cada instituição de saúde tem autonomia para elaborar sua própria lista de verificação para solucionar as lacunas cirúrgicas. Um estudo realizado no sul do Brasil investigou os efeitos da adoção de uma lista de verificação cirúrgica, constatando uma redução significativa no tempo de entrada e saída da sala cirúrgica ($p=0,002$), no tempo total de cirurgia ($p<0,001$) e no intervalo entre o início da anestesia e o início da incisão ($p=0,021$)¹⁹.

Paralelamente, uma análise de 5.145 registros hospitalares no Canadá mostrou que listas de verificação cirúrgica completas estavam relacionadas a melhores resultados em comparação às listas não completas, incluindo menor incidência de infecção no local da cirurgia (6,5 vs. 9,1%), reoperações (5 vs. 11,3%), readmissões (7,2 vs. 11,3%) e mortalidade (3,0 vs. 6,5%)²⁰.

Como limitações do estudo têm-se que, inicialmente, a construção da proposta da lista de orientações pré-operatórias teve como linha de base o autorrelato dos pacientes e a literatura científica sobre o tema, além do tamanho da amostra que, como estudo transversal, não pode ser generalizado. No entanto, este estudo prévio serve como um ponto de partida valioso para implementação futura de um processo de comunicação mais estruturado, além de maior qualidade e segurança do cuidado cirúrgico pela equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou, por meio de análise retrospectiva, que a maioria dos pacientes recebeu orientações de forma direta, seja verbalmente ou pessoalmente, com ênfase em aspectos importantes, como o exame solicitado pelo cirurgião e a documentação pessoal. Observou-se lacuna de informação sobre o uso de dispositivos como sonda, drenos ou tubos, destacando, assim, a necessidade de uma comunicação mais abrangente e detalhada em relação ao preparo pré-operatório.

As orientações pré-operatórias surgem como uma ferramenta fundamental no processo de preparo do paciente para a cirurgia. No entanto, sua eficácia é maximizada quando complementada por orientações por escrito, conforme proposto nas listas de verificação. Portanto, faz-se necessário uma abordagem multidisciplinar no cuidado pré-operatório e diretrizes claras e abrangentes para orientar os profissionais de saúde nesse processo cirúrgico, a fim de promover maior compreensão e uma experiência mais esclarecedora para os pacientes, contribuindo diretamente para a segurança e a qualidade do cuidado cirúrgico.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

JPWGS: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Recursos, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Software, Validação,

Visualização. SSM: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Metodologia, Recursos, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
- Instituto Nacional de Câncer. Cirurgia [Internet]. 2023 [acessado em 20 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cirurgia>
- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [acessado em 20 mar. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
- Ely JW, Graber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Acad Med*. 2011;86(3):307-13. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e31820824cd>
- Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(1):71-8. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100009>
- Freundlich RE, Maile MD, Sferra JJ, Jewell ES, Kheterpal S, Engoren M. Complications associated with mortality in the national surgical quality improvement program database. *Anesth Analg*. 2018;127(1):55-62. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000002799>
- Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e2939. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>
- World Health Organization. Patient safety: safe surgery saves lives [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acessado em 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/safe-surgery-saves-lives-frequently-asked-questions>
- Ribeiro KRA, Souza JCA, Duarte EM, Moraes CNE, Araújo MAS. A importância da enfermagem no uso da lista de verificação de cirurgia segura. *Connection Line Revista Eletrônica UNIVAG*. 2017;17:103-15. <https://doi.org/10.18312/1980-7341.n17.2017.382>
- Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS dos. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2907. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>
- Singh GK, Jemal A. Socioeconomic and racial/ethnic disparities in cancer mortality, incidence, and survival in the United States, 1950-2014: over six decades of changing patterns and widening inequalities. *J Environ Public Health*. 2017;2017:2819372. <https://doi.org/10.1155/2017/2819372>
- Silva PF, Amorim MHC, Zandonade E, Viana KCG. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):361-7. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n3.501>
- Santos EMC, Silva LML, Santos EMC, Souza LS. Associação entre o estado nutricional e a presença de toxicidade gastrointestinal em pacientes com câncer de mama. *BRASPEN J*. 2018;33(1):9-14
- Fu MR, Axelrod D, Guth AA, Cleland CM, Ryan CE, Weaver KR, et al. Comorbidities and quality of life among breast cancer survivors: a prospective study. *J Pers Med*. 2015;5(3):229-42. <https://doi.org/10.3390/jpm5030229>
- Pereira APVM, Santos GRF, Furtado LFT, Molina MA, Luz TFN, Esteves APVS. Mastectomia e mamoplastia na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista Caderno de Medicina*. 2019;2(1):38-52.
- Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA; 2021.
- Silva CC, Beck AD, Silva ECM, Rodrigues TPP. Fatores que influenciam a adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica. *Rev SOBECC*. 2023;26(4):212-9. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040004>
- Batista J, Cruz EDA, Silva DP, Nazário SS, Antunes BCS. Impact of surgical checklists on the time of surgical processes: a cross-sectional study. *Rev Col Bras Cir*. 2023;50:e20233425. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233425-en>
- Gama CS, Backman C, Oliveira AC. Impact of surgical checklist and its completion on complications and mortality in urgent colorectal procedures. *Rev Col Bras Cir*. 2021;48:e20213031. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20213031>