



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

GUSTAVO COELHO DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA: proposta para um hospital universitário

CAJAZEIRAS – PARAÍBA

2017

GUSTAVO COELHO DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA: proposta para um hospital universitário

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial obrigatório à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Eliane de Sousa Leite

CAJAZEIRAS – PARAÍBA

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

O482p Oliveira, Gustavo Coêlho de.
Protocolo de cirurgia segura: proposta para um hospital universitário /
Gustavo Coêlho de Oliveira. - Cajazeiras, 2017.
63f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane de Sousa Leite.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Segurança do paciente. 2. Protocolo. 3. Cirurgia. I. Leite, Eliane de
Sousa. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de
Formação de Professores. IV. Título.

GUSTAVO COELHO DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA: proposta para um hospital universitário

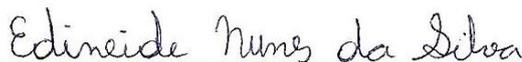
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial obrigatório à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 10/08/2017

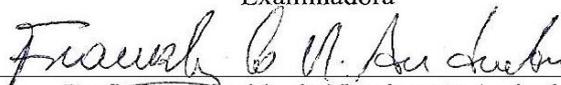
BANCA EXAMINADORA



Dra. Eliane de Sousa Leite
Unidade Acadêmica de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG
Orientadora



Prof. Ms. Edineide Nunes da Silva
Unidade Acadêmica de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG
Examinadora



Prof. Esp. Frankly do Nascimento Andrade
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida UACV/CFP/UFCG
Examinador

-

Ao pai celestial, por sempre me proteger; e à minha família, em especial aos meus pais, por todos os esforços, amor e dedicação ao longo de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao pai celestial, pela minha vida e por sempre se fazer presente nela, por ser minha fonte inesgotável de força, guia desta longa jornada. À Ele, por ter permitido viver este momento de conquista, toda a minha gratidão e fé.

Aos meus pais, Reginaldo Costa de Oliveira e Anileide Carvalho Coelho de Oliveira, meu alicerce, meus espelhos, que apesar de todas as dificuldades, nunca mediram esforços para que eu conseguisse chegar até aqui. À vocês, todo meu amor.

Aos meus irmãos, José Guilherme Coelho de Oliveira e Heloisa Coelho de Oliveira, pelo apoio e incentivo, que em meio a certezas e incertezas sempre me fizeram acreditar em sonhos. À vocês, todo o meu carinho.

Aos meus avós paternos, Francisco e Romana e avós maternos, Ananias Benício Coelho e Valdenora Carvalho Coelho, por toda dedicação e conforto, sempre se fazendo presentes em minhas vitórias. À Eles, todo o meu respeito.

Aos meus tios e primos, em especial Anadelma Carvalho Coelho e Ercília Lorena dos Humildes Coelho, pelo reconhecimento, apoio, incentivo durante esta jornada, vocês foram essenciais para meu amadurecimento como pessoa. À vocês, todo meu apreço.

À família que Cajazeiras me deu, Vinicius Abreu, Marcelino Abreu, Juliana Abreu, Laesso Abreu, Marilei de Souza, Bárbara Trajano, Graça Oliveira, Isa Nunes, Marlene Maria e Laesso de Souza, que sempre me acolheram tão bem, me fazendo sentir membro da família e sempre se prontificaram a mim ajudar em qualquer coisa que eu precisasse e por muitas vezes supriram a falta da minha família de sangue. À vocês, toda minha gratidão.

Aos meus amigos, meus companheiros, em especial Tavares Sobrinho, Laisa Marques, Daniele Soares, Grazielle Paiva, Igor Coelho, Mateus de Souza, Joacy Rodrigues, Ozaniely Linhares, Lana Livia, Rosendo Neto, Geisa Batista, Edwiges Ribeiro e Sara Samirysque se fizeram presentes constantemente, me dando total apoio e conselhos. Aos que não estiveram na presença física, porém entenderam minha ausência e sempre estiveram de alguma forma incentivando, contribuindo de forma grandiosa nos momentos difíceis e de desânimo. À vc toda a minha afeição.

Aos meus irmãos da Ordem Demolay pela hospitalidade e solidificação de uma irmandade eterna, por sempre me impulsionarem a praticar o bem ao próximo. À vocês, toda a

minha lealdade.

À minha tão amada turma de enfermagem, minha turma XVII, meus irmãos de profissão, pela paciência, alegrias, dificuldades, carinho e experiências compartilhadas não somente na academia, mas na vida. Vocês foram à certeza de que eu não estava sozinho nesta árdua caminhada. Então, dedico a todos o meu companheirismo.

À Universidade Federal de Campina Grande, em especial a Unidade Acadêmica de Enfermagem e a todo corpo docente e administrativo pelo excelente trabalho prestado e disponibilidade, oportunizando aos discentes um ambiente amigável de aprendizado, com uma qualidade de ensino admirável. A todos, os envolvidos meu reconhecimento e orgulho.

À minha querida orientadora, Dra. Eliane de Souza Leite, pela orientação, paciência e ensinamentos. Você foi o pilar essencial para a conclusão com êxito deste trabalho de conclusão de curso, o trabalho foi árduo, mas o resultado implausível. Aqui deixo todo o meu respeito e admiração pela profissional que é e meus agradecimentos pela sua contribuição, não tão pouco importante, pelo carinho, dedicação, amizade, segurança e confiança, qualidades que vão além da destreza e habilidades. Você é um exemplo de profissional ao qual eu quero me espelhar. À Doutora, minha eterna admiração.

À Banca examinadora, Prof^a. Ms. Edineide Nunes da Silva e Prof^o. Esp. Frankly do Nascimento Andrade, pela disponibilidade e colaboração para enriquecimento deste trabalho. À vocês, minha reconhecimento.

Por fim, a todos que participaram diretamente ou indiretamente do meu crescimento profissional durante toda graduação e desenvolvimento da monografia, dedico o meu mais sincero obrigado!

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu, é sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu.”

(Ana Vilela)

“Se ideais sadios fazem parte de um jovem, então os anos de maturidade radiarão ideais sadios, esforço benéfico e atividades vantajosas.”

(Frank Sherman Land)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro Cirúrgico
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
GGTES	Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
HIC	Hospital Infantil de Cajazeiras
HUJB	Hospital Universitário Júlio Bandeira
IJB	Instituto Júlio Bandeira de Mello
IOM	Institute of Medicine
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
MS	Ministério da Saúde
NA	Não se Aplica
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
PSP	Programa de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Termo de Consentimento Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
URPA	Unidade de Recuperação Pós-anestésica

OLIVEIRA, G. C. **Protocolo de Cirurgia Segura: proposta para um hospital universitário.** 2017. 63 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2017.

RESUMO

Nas últimas décadas, a segurança do paciente tem sido foco de atenção de profissionais, instituições e organizações da área de saúde, sendo definida como a ausência de danos ou de lesões acidentais durante a prestação de assistência à saúde. Em 2013, o Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância em Saúde e a Fiocruz implantaram o Protocolo para Cirurgia Segura, tendo como base a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde, que visa uma assistência cirúrgica de qualidade e com a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado. O estudo teve como objetivo geral elaborar uma proposta de Protocolo de Cirurgia Segura para o Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi adotada a modalidade de pesquisa exploratória, bibliográfica e documental acerca da temática. A pesquisa foi desenvolvida a partir da busca dos protocolos de cirurgia segura de hospitais de referência no Brasil e o protocolo do Ministério da Saúde; e a partir do embasamento teórico, partiu para elaboração de uma proposta do protocolo do Hospital Universitário Júlio Bandeira. Esse protocolo constitui o registro de informações essenciais para um procedimento cirúrgico de excelência, uma vez que estabelece normas preventivas para minimizar os eventos adversos, incidentes e danos que possam vir a ocorrer em decorrência das cirurgias. A proposta do Protocolo de Cirurgia Segura evidenciou a elaboração da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o fluxograma de aplicação da lista, o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de recusa do paciente, bem como, a instrução para demarcação da lateralidade nos procedimentos cirúrgicos. Portanto, essa proposta de protocolo foi elaborada de acordo com as particularidades da instituição e deve ser trabalhada com todos os membros da equipe de saúde que o processarão, para que possam garantir a sua execução de forma integral, onde toda a equipe deve-se engajar a fim de assegurar a sua funcionalidade.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Protocolo; Cirurgia.

OLIVEIRA, G. C. **Safe Surgery Protocol: proposal for a university hospital.** 2017. 63 p. Graduation Work (Nursing Bachelor) - Academic Nursing Unit, Center for Teacher Training, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2017.

ABSTRACT

In the last decades, patient safety has been the focus of attention of professionals, institutions and organizations in the health area, being defined as the absence of damages or accidental injuries during the provision of health care. In 2013, the Brazilian Ministry of Health, in conjunction with the National Health Surveillance Agency and Fiocruz Co., implemented the Protocol for Safe Surgery, based on the World Health Organization's Surgical Safety Checklist, which aims at quality surgical care and minimizing the risk of unnecessary harm associated with care. The purpose of this study is to elaborate a proposal for a Safe Surgery Protocol for the Surgical Center of the Julio Bandeira University Hospital, at Federal University of Campina Grande. For the development of this research, the exploratory, bibliographic and documentary research modality on the subject was adopted. The research was developed from the search for the protocols of safe surgery of reference hospitals in Brazil and the protocol of the Brazilian Ministry of Health; and from the theoretical basis, started to elaborate a proposal of the protocol of the Julio Bandeira University Hospital. This protocol constitutes the registry of essential information for a surgical procedure of excellence, since it establishes preventive norms to minimize the adverse events, incidents and damages that may have occurred as a result of the surgeries. The proposal of the Safe Surgery Protocol evidenced the elaboration of the Surgical Safety Checklist, the chart of application of the list, the free informed consent term and the patient's refusal term, as well as instruction for demarcation of laterality in the surgical procedures. Therefore, this proposal of protocol was elaborated according to the particularities of the institution and must be worked with all the members of the health team who will process it, so that they can guarantee its execution in an integral way, where the whole team must be engaged in order to ensure its functionality.

Keywords: Patient Safety; Protocol; Surgery.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL:.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 HISTÓRIA DAS CIRURGIAS	18
3.2 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	21
3.3 PROGRAMA DE CIRURGIAS SEGURAS QUE SALVAM VIDAS	26
3.4 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA (HUJB)	28
3.4.1 REFERÊNCIAS PARA O ENSINO E A PESQUISA.....	29
4 METODOLOGIA	31
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
4.2 LOCAL DO ESTUDO	31
4.3 CAMINHO PERCORRIDO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.....	32
4.4 AVALIAÇÃO DA LVSC PELO COMITÊ DE ESPECIALISTA SOBRE CIRURGIA SEGURA	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
5.1 ENCAMINHAMENTO CIRÚRGICO.....	35
5.2 ADMISSÃO CIRÚRGICA.....	39
5.3 ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	39
5.3 ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA.....	41
5.4 ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	52
APÊNDICE I – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (LVSC)	53
APÊNDICE II – FLUXOGRAMA DE APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA	
APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (TCE)	56
APÊNDICE IV – TERMO DE RECUSA PARA CIRURGIA SEGURA	57

APÊNDICE V – DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE	58
ANEXOS	59
ANEXO I – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA	60
ANEXO II – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA DO HUSM	61
ANEXO III – ETAPAS DE VERIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGURA DO HOSPITAL SÃO PAULO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP.....	62
ANEXO III – TERMO DE ANUÊNCIA	63

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A segurança do paciente é definida como a ausência de danos ou de lesões acidentais durante a prestação de assistência à saúde (BRASIL, 2014). Nas últimas décadas, essa temática tem sido foco de atenção de profissionais instituições e organizações da área de saúde. Em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, recomendou à Organização Mundial da saúde (OMS) e aos Estados Membros que direcionassem suas atenções à segurança do paciente. Dentre as orientações estão a elaboração de normas e o suporte aos países, orientando-os no desenvolvimento de políticas focadas ao tema (MAZIEIRO, 2012).

Diante dessa recomendação a segurança do paciente tornou-se umas das prioridades da OMS. Em outubro de 2004, foi lançada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, proporcionando a discussão e conscientização sobre a qualidade da assistência à saúde prestada a população (BRASIL, 2014). A aliança institui, anualmente, programas que visam à melhoria da segurança, por meio de desafios que são estabelecidos, a cada dois anos, para promover o empenho de todos os países participantes (ANVISA, 2013).

O Brasil passou a fazer parte da Aliança, em 2008, quando o Ministério da Saúde (MS) aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, visando à implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, a LVSC (ANEXO I), para o auxílio das equipes de saúde, na busca pela diminuição de eventos adversos nos procedimentos cirúrgicos (FREITAS et al., 2014).

Nos últimos anos, observa-se o aumento de estudos sobre a segurança do paciente, revelando elevadas taxas de erros no que concerne aos procedimentos cirúrgicos, despertando reflexões e discussões para que mudanças efetivas nesse cenário sejam alcançadas. Nessa perspectiva, e com objetivo de colaborar com estas mudanças do cuidado em saúde em todo o território nacional, o MS instituiu por meio da Portaria nº. 529, de primeiro de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa à promoção e socialização de conhecimentos e práticas para segurança do paciente perioperatório (BRASIL, 2013a).

O MS em conjunto com Agência Nacional Vigilância em Saúde (ANVISA) e Fiocruz, implantaram, no ano de 2013, o Protocolo para Cirurgia Segura, componente do PNSP. O protocolo visa o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos e a redução de eventos adversos em todo o perioperatório do paciente, tendo como base a LVSC (*Checklist*) elaborada pela OMS (BRASIL, 2013b).

A cirurgia segura é uma lista de verificação, desenvolvida a partir de práticas baseadas em evidências, composta por etapas a serem seguidas pelos profissionais, com objetivo de reduzir a ocorrência de danos ao paciente (TOSTES; HARACEMIW; MAI, 2016). Os estudos recentes na área mostram que os índices de eventos adversos relacionados à circunstância cirúrgica são altos, e a implementação da lista de verificação pode minimizar essas ocorrências. No entanto, mesmo instituído em alguns serviços de saúde, a adesão ao protocolo é baixa. Assim, para que haja uma boa efetivação da lista de verificação, *Checklist*, se faz necessárias mudanças no ambiente de trabalho e na execução das práticas, requerendo um processo educativo que favoreça a adesão dos profissionais (SOUZA; RIBEIRO, 2017).

Nesse contexto a finalidade da proposta do protocolo elaborado para o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local e no paciente correto, por meio do uso da LVSC desenvolvida pela OMS e que será adaptada para a realidade do Serviço.

Diante do exposto, justifica-se a relevância deste estudo, por ser o Centro Cirúrgico (CC), um ambiente de alto risco e susceptível a erros. Assim, com a elaboração e utilização do *checklist*, haverá a implantação de medidas preventivas de ocorrências de incidentes e eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos, associados a vários momentos dos processos de trabalhos.

Segundo Carvalho et al. (2015), os processos de trabalho, neste cenário, constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte tendência da atuação individual e da equipe em condições ambientais, dominadas por pressão e estresse. Os eventos adversos no que concerne ao CC podem estar associados a vários momentos dos processos de trabalhos, como ao ato cirúrgico, a anestesiologia e as complicações cirúrgicas.

Assim, o Protocolo para segurança cirúrgica deve ser implementado em todos os ambientes de estabelecimentos de saúde que ocorram procedimentos terapêuticos, diagnósticos, com incisão e/ou introdução no corpo humano, executados por qualquer profissional de saúde, dentro ou fora de centros cirúrgicos, garantindo assim um procedimento seguro ao paciente.

Com isso, este estudo é de fundamental importância para o HUJB, visto que o mesmo passa por um processo de reestruturação e expansão dos serviços, onde a garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente são objetivos a serem alcançados pelos profissionais do serviço, assim, este protocolo vem para fortalecer e colaborar na melhoria da assistência prestada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- ✓ Elaborar uma proposta de Protocolo de Cirurgia Segura para o Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* de Cajazeiras, Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Construir a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC);
- ✓ Estruturar o fluxograma de aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica;
- ✓ Criar o termo de demarcação da lateralidade para cirurgias;
- ✓ Produzir o Termo de Consentimento Esclarecido (TCE) e o Termo de Recusa para procedimentos cirúrgicos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HISTÓRIA DAS CIRURGIAS

A cirurgia é um procedimento invasivo, terapêutico e/ou diagnóstico, que pode ocasionar uma multiplicidade de distúrbios fisiopatológicos que provocam ameaças reais na vida do paciente, propiciando o risco de vida, perda total ou parcial de órgãos, prejuízos financeiros, bem como, o desconforto que possam a vim existir pelo procedimento realizado (CARVALHO et al.,2010).

A história da cirurgia remete ao período neolítico, onde os procedimentos invasivos eram executados sem o conhecimento fisiopatológico e anatômico do homem. Nesta época, o homem mudou seu modo de conseguir alimentos e passou a cultiva-los, usando para isso instrumentos que podem ter sido utilizados nos primeiros procedimentos cirúrgicos da humanidade (AMATO, 2005).

Desde a Idade Média, a amputação das extremidades aparecia como habilidade cirúrgica. A ausência de anestesia, hemostasia e assepsia nos procedimentos, contribuíam para o aparecimento de manifestações graves em todo o organismo, por meio de infecções, que propiciavam o agravamento dos pacientes que muitas vezes não sobreviviam e a sepse se tornava o fenômeno pós-operatório mais frequente da época (SANTOS; KEMP, 2011).

Segundo Conforti e Magalhães(1994), os procedimentos cirúrgicos baseavam-se no racional-empírico, apoiado na observação imediata e bom senso; e no mágico-religioso, no qual o cirurgião é apenas um intermediário, pois a cura está nas mãos divinas. E os procedimentos eram realizados por cirurgiões analfabetos de classe social baixa e apenas pelas experiências e vivências da área.

Os avanços na anatomia e fisiologia, durante o século XVIII e a primeira parte do século XIX, proporcionaram mudanças no ponto de vista terapêutico que há muito tempo prevalecia com os cirurgiões, onde a clínica médica trouxe resultados para a classificação, diagnósticos e tratamento das doenças, de forma mais progressista, deixando a arte e as técnicas cirúrgicas para trás (TOWNSEND et al., 2015).

Com o descobrimento da anestesia, em 1846, e mudanças ocorridas durante os anos de 1870 e 1880, quanto à antissepsia e assepsia, os cirurgiões passaram a recuperar uma posição social mais alta, afastando-se das mãos dos barbeiros e surgindo uma nova especialidade da medicina, o medico cirurgião (CONFORTI; MAGALHÃES, 1994).

Para Figueiredo et al. (2009), os avanços ocorridos no século XIX e após a Segunda Guerra Mundial, foram de grande relevância para o desenvolvimento da cirurgia moderna, pois foram momentos que proporcionaram muitos testes, principalmente com judeus, nos campos de concentração.

Desde o início do século XXI, que os procedimentos cirúrgicos, passaram a ser utilizados como investigação diagnóstica de múltiplas doenças, deixando de limitar-se apenas aos tratamentos e cura dos pacientes (MITTELDORF, 2007).

Atualmente, a assistência prestada no ambiente cirúrgico é complexa e envolve etapas que devem atender as necessidades individuais de cada indivíduo, de forma otimizada, visando minimizar as complicações e a perda desnecessária de vidas (OMS, 2009).

Os avanços tecnológicos nos últimos anos, fez com que a cirurgia passasse de técnicas manuais e procedimentos simples para métodos mais sofisticados com auxílio da informática e robótica, necessitando uma maior qualificação e preparo dos profissionais (SOBECC, 2013).

As cirurgias ocorrem por meio da diérese dos tecidos, da exérese, a hemostasia dos vasos sanguíneos e a síntese que permite a cicatrização do local que foi cirurgiado (MORIYA; VICENTE; TAZIMA, 2011). Porém, mesmo sendo em tempos diferentes, os procedimentos requerem continuidade, sintonia e estreita articulação, visando atingir o objetivo da melhor forma possível (MACHADO; FIGUEIREDO; ROSA, 2009).

A diérese é o momento cirúrgico onde ocorre a divulsão dos tecidos. Nesta fase, é necessário a utilização de bisturis, tesouras e/ou ruginas para que ocorra a divisão dos tecidos e possibilite o acesso a região a ser operada. É uma fase da cirurgia que requer uma maior atenção para que não seja realizado a divisão tecidual no local errado (MORIYA et al., 2011).

A hemostasia é uma fase de grande importância no procedimento cirúrgico, pois visa prevenir a perda sanguínea e as consequências prejudiciais ao paciente. É uma técnica que requer grande conhecimento e habilidade para minimizar as hemorragias que ocorrem durante o procedimento, propiciando maior segurança na realização da cirurgia (AGUILAR, 2014).

A exérese é o tempo cirúrgico em que ocorre a cirurgia propriamente dita, consiste na realização de tratamento cirúrgico, podendo ser para diagnóstico, corretivo, paliativo ou estético. É o momento em que o procedimento proposto é realizado (OLIVEIRA et al., 2012).

A síntese dos tecidos constitui uma etapa importante durante o ato cirúrgico, visto que é nessa fase onde se realiza a reaproximação das extremidades dos tecidos seccionados. Também, utiliza-se de instrumentos apropriados com agulha de sutura e fios cirúrgicos, para

acelerar a cicatrização da ferida cirúrgica, favorecendo o restabelecimento tecidual (JUNIOR, 2017).

As cirurgias podem ser classificadas quanto ao porte, à localização a ser realizado o procedimento, de acordo com as especialidades médicas; grau de contaminação e o prazo em que ela será executada. As cirurgias de pequeno porte são menos agressivas e de pouca profundidade; As cirurgias de médio porte são realizadas de modo mais frequente e com poucas horas de duração; já as de grande porte requerem equipamentos mais sofisticados e especiais e mais integrantes na equipe de execução do procedimento (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

Quanto ao prazo de execução do procedimento, pode ser eletiva, emergencial e em caráter de urgência. Os procedimentos programados com antecedência, não havendo urgência ou emergência, são chamados de cirurgia eletiva, proporcionando mais tempo para o preparo da intervenção e a solicitação de exames complementares, reduzindo o risco de intercorrências. Nas cirurgias de emergência existe, o risco iminente de morte, enquanto que, na urgência, não, ambas não oportunizam uma organização, como nas eletivas, para a realização do procedimento (CARVALHO et al., 2010).

As etapas de execução dos procedimentos cirúrgicos são chamadas de período perioperatório, que inclui o período pré-operatório mediato e imediato, transoperatório e pós-operatório imediato, mediato e tardio da experiência cirúrgica (TOWNSEND et al., 2015). Sendo a família um fator importante em todo o perioperatório, pois a partir do conhecimento da necessidade do procedimento, ocorrem alterações na rotina do paciente e de sua família, fazendo com que todos precisem planejar suas atividades para que possam se adequar ao evento que irão vivenciar (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

O período pré-operatório, objetiva a otimização da condição clínica do paciente, visando reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatória (FERNANDES et al., 2010). Um trauma programado, onde ocorre indução ao processo catabólico e modificações nos sistemas do organismo e principalmente, imunológico e inflamatório, objetivando a restauração a homeostasia e reparo os tecidos (FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015).

O pré-operatório mediato, compreende a assistência prestada ao paciente em vigência de cirurgias eletivas, iniciando desde a internação até as 24 horas antes da cirurgia, objetivando preparar o paciente psicológica e fisicamente para o ato cirúrgico e estabilizar condições que podem interferir na recuperação. Já o período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente ou as 24 horas que antecede a

cirurgia, e termina com o início da procedimento (FELIPPE; ROQUE; RIBEIRO, 2013; ESPLENDORI; KOBAYASHI; BIANCHI, 2016).

De acordo com as Práticas Recomendadas da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC, 2013), o período transoperatório, compreendendo desde o momento que o paciente é recebido na unidade do CC até a saída da sala cirúrgica. Dentro deste, apresenta-se o período intraoperatório que é o procedimento cirúrgico propriamente dito, desde a indução anestésica até o término da cirurgia. E o pós-operatório integra todos os cuidados e ações que ocorrem no período que sucede o procedimento cirúrgico.

Opós-operatório imediato compreende as 24 horas após o procedimento anestésico-cirúrgico. O pós-operatório mediato, inicia-se logo após as 24 horas do procedimento. E o pós-operatório tardio, após os 7 dias de pós-operatório até o reconhecimento da alta. (BARBOSA, 2014; CESARETTI, 2008).

3.2 HISTÓRICO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente sempre foi uma temática abordada pelas legislações sanitárias brasileiras, porém, somente em 2013 o Brasil lançou um programa sobre o tema. Por meio da Portaria Ministerial nº 529 de 01/04/2013, onde foi instituído o PNSP e criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (EBSERH, 2014), visando a implantação da assistência de qualidade para a segurança, transparência, ética e humanização do cuidado ao paciente (HUJB, 2017).

Para a OMS (2009), a segurança do paciente é a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os erros e lesões causados aos pacientes na assistência médico-hospitalar são problemas que vem sendo retratados e analisados há vários séculos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2012), afetando diretamente a qualidade de vida do paciente, com eventos adversos tanto para ele, quanto para os profissionais e instituições de saúde (MIASSO et al., 2006).

De acordo com os estudiosos na área de segurança do paciente, o maior desafio a ser enfrentado nas instituições de saúde é a sensibilização dos dirigentes, quanto à responsabilidade multifatorial que evidencia os eventos adversos, pois os profissionais estão vulneráveis a erros e acertos, sendo fundamental a qualificação e planejamento institucional de ações voltadas a segurança do paciente para a prestação de serviços de qualidade e que minimizem os riscos e danos aos pacientes (SILVA, 2010).

A questão da segurança do paciente já era vista como uma problemática desde a época de Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da Medicina, quando se dizia “*Primum non nocere*” ou “Primeiro não cause o dano”, bem como, outros personagens que também contribuíram para os avanços na qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemman, Cochrane, entre outros que pensavam na melhoria da qualidade do cuidado (BRASIL, 2014).

O ambiente hospitalar expõe as pessoas a diferentes riscos à saúde, os quais podem causar um agravamento no processo de reabilitação, sendo fundamental aos profissionais a prevenção de danos e a identificação de elementos que possam afetar a segurança do paciente (SILVA et al., 2015). Assim, alguns fatores rotineiros como a sobrecarga de trabalho, a constante interrupção do procedimento, entre outros, são elementos que contribuem para a ocorrência de erros que afeta a vida do paciente (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

A preocupação com a segurança do paciente passou a ter um maior enfoque na década de 1990, quando o Instituto de Medicina (IOM), fez uma publicação intitulada “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, relatando a morte por incidentes, que poderia ser evitada, de cerca 98.000 americanos ao ano (TOFFOLETTO; RUIZ, 2013). A publicação foi de grande repercussão na época e possibilitou um importante debate sobre o tema, sensibilizando a sociedade, políticos, profissionais da saúde e a mídia que passaram a ter interesse na segurança do paciente (FILHO et al., 2013).

Segundo Rosa et al. (2015), no Reino Unido e na Irlanda do Norte, há uma grande prejuízo financeiro devido a eventos adversos, uma vez que o aumento do tempo em que o paciente permanece hospitalizado, custa cerca de dois bilhões de libras ao ano, e o gasto anual do Sistema Nacional de Saúde com questões relacionadas a eventos adversos é de 400 milhões de libras, e no Estados Unidos da América (EUA), têm-se uma estimativa de 17 a 29 bilhões de dólares por ano de gastos relacionados a erros na assistência de saúde.

Nos EUA, um em cada três pacientes internados são vítimas de eventos adversos evitáveis, com relatos desde o risco de vida por infecções relacionadas à assistência à saúde até mesmo durante cirurgias (STEENHUYSEN, 2011).

No que concerne ao Brasil, um estudo realizado em três hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 3,5% de pacientes cirúrgicos hospitalizados com eventos adversos, destes 65,8% poderiam ter sido evitados e cerca de 1 em 5 resultaram em incapacidade permanente ou óbito (MOURA, 2010).

Os países membros da OMS, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 2002, reconheceram a necessidade de reduzir os danos e o sofrimento de pacientes e parentes

advindos dos eventos adversos na assistência à saúde, despertando a necessidade de aumentar a segurança do paciente, por intermédio de políticas públicas mundiais, formalizadas em 2004, com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) e a definição dos Desafios Globais, a partir de 2005 (FILHO et al., 2013).

Os Desafios Globais orientam a identificação de ações que visem evitar erros e riscos para os pacientes, norteando os países que tenham interesse em implantá-los (ANVISA, 2013). Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, alertando para a prevenção e redução de infecções relacionadas à assistência à saúde, intitulado a campanha como “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, com enfoque na melhoria da Higienização das Mãos nos Serviços de Saúde (ANVISA, 2011).

Para a OMS, as práticas da higienização das mãos, pelos profissionais de saúde, promove a segurança dos pacientes, prevenindo danos e salvando vidas (ANVISA, 2013). Esse protocolo possibilita uma prática assistencial segura, além de ser um componente obrigatório para segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, assim, é necessário investimentos para sua implantação e minimização dos erros e eventos que possam vir a surgir decorrentes da falta dele (BRASIL, 2014).

O segundo Desafio Global de Saúde do Paciente, lançado em 2007, teve foco na segurança cirúrgica, com o tema “Cirurgia Seguras salvam Vidas” como parte dos esforços para reduzir o número de óbitos cirúrgicos no mundo. Assim, o programa busca aproveitar o compromisso político e a vontade clínica de tratar as questões que sugerem a segurança e qualidade na assistência cirúrgica, abordando desde a prática anestésica até as infecções de sítio e má distribuição da equipe, assuntos estes evitáveis e que podem comprometer todos os envolvidos (WHO, 2014).

A estratégia consistiu em determinar normas de segurança que visem a segurança dos procedimentos e à prevenção das infecções pós-cirúrgicas, perpassando pela mensuração dos indicadores cirúrgicos. Foi criada uma LVSC para que serviços de saúde coloquem em prática a avaliação integral do paciente previamente a cada procedimento cirúrgico. No país, o tema do segundo desafio vem sendo sistematizado junto Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a ANVISA (ANVISA, 2013).

De acordo com Silva (2015), o ambiente hospitalar apresenta diversos riscos que podem gerar um agravamento no processo de reabilitação do paciente. Nesse contexto, é fundamental a implementação de estratégias de prevenção à exposição aos riscos, bem como de danos na assistência à saúde, assim a equipe deve ficar atenta às atividades desenvolvidas para que sejam evitados erros advindos de despreparo e desatenção na assistência ao paciente.

Os erros na medicação correspondem a 30% dos erros dos serviços de saúde, assim a OMS propõe para o ano de 2017, o Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente, que tem como tema principal “Medicação sem danos”, trata-se de uma questão de grande relevância para que os países membros da aliança possam instituir e sensibilizar junto aos serviços a conscientização e o engajamento em torno do tema-chave para a redução de danos associados ao uso de medicamentos (CÂNDIDO, 2017).

No Brasil, a criação da ANVISA, em 1999, pelo MS, foi uma ação de grande importância, pois possibilita a garantia a segurança sanitária dos produtos e serviços, e consequentemente, da segurança do paciente e da qualidade de saúde (ROSA et al., 2015).

Desde então, começou-se a discutir e elaborar planos de serviços como base uma assistência de qualidade e que visa à diminuição de eventos e danos que possam vir a interferir na segurança do paciente (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015). Oficialmente, em 2013 o Brasil lançou um programa oficial que instituiu o PNSP e criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), através da Portaria Ministerial nº 529, de 01/04/2013 (BRASIL, 2013a).

Com base nesta publicação, surgiu a portaria nº 1.377, de 09/07/2013, que aprovou os protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Lesões por Pressão; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP); a portaria nº 2.095, de 24/09/2013, que aprovou os protocolos de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, entre outras publicações, que implementa a segurança do paciente na rotina dos serviços, buscando uma assistência de excelência (EBSERH, 2014).

De acordo com RDC nº 36/2013, a implantação de um NSP passou a ser uma exigência nas instituições de saúde, sejam elas públicas, privadas, filantrópicas, civis ou militares, inclusive aquelas que desenvolvam ações de ensino e pesquisa, excluindo apenas os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Cumprindo com o disposto, o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), através da Portaria nº. 11, de primeiro de agosto de 2016, implantou o seu NSP na busca pela cultura da qualidade da assistência, principalmente, no cuidado com o paciente, segurança, transparência, ética e humanização do serviço (HUJB, 2017).

Segundo a RDC nº 36/2013, a direção dos serviços deverão constituir e nomear os membros que farão parte do NSP institucional, conferindo a eles autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Esse núcleo deverá ser composto pelos seguintes membros (EBSERH, 2014).

- 01 representante da superintendência;
- 01 representante da gerência de atenção à saúde;
- 01 médico representante da divisão médica;
- 01 representante da residência médica;
- 01 representante da residência multiprofissional;
- 01 enfermeiro representante da divisão de enfermagem;
- 01 representante da divisão de gestão de cuidados;
- 01 farmacêutico representante da farmácia;
- 01 representante setor de vigilância em saúde, que coordenará o Núcleo;
- 01 representante da gerência administrativa.

As equipes de saúde devem utilizar seus conhecimentos e suas habilidades em benefício do paciente para a prevenção das complicações, de incidentes e de eventos que ameaçam a vida, diminuindo permanência nas instituições e taxa de mortalidade, sendo necessário e fundamental o trabalho em equipe para a qualidade do serviço (GERMANO et al., 2016).

Nos hospitais filiados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o NSP, trata-se de um órgão ligado a Gerência de Atenção à Saúde, um ambiente propício para se tratar da segurança do paciente nos serviços, onde sempre que possível, deve contar com participação de pacientes, cuidadores e especialistas na temática e nos hospitais de ensino, podem contar com a participação de professores da área (EBSERH, 2014).

O NSP do HUJB, desenvolve suas ações por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento do hospital, com a utilização de tecnologias disponíveis para propagar a cultura de segurança do paciente na instituição (HUJB, 2017), possibilita ainda, a participação dos membros da comunidade acadêmica da UFCG em reuniões e ações, favorecendo as discussões multidisciplinares sobre segurança do paciente e fortalecendo a característica de um hospital escola.

3.3 PROGRAMA DE CIRURGIAS SEGURAS QUE SALVAM VIDAS

No ambiente cirúrgico, erros e falhas de comunicação nunca devem ser consideradas insignificantes, pois simples ações e elementos utilizados neste local podem causar consequências trágicas e irreversíveis aos pacientes e profissionais envolvidos no procedimento. Desde uma demarcação incorreta da lateralidade, troca de medicação, falha no dimensionamento de materiais e o erro na distinção de membros, são questões observadas mundialmente nos serviços que prestam a assistência a paciente cirúrgico, ocorrendo tanto em países ricos e pobres, como também em hospitais públicos e privados (COREN-SP, 2014).

Com o aumento no número de cirurgias e sua complexidade nos procedimentos, evidencia-se uma maior preocupação com a segurança do paciente na prestação da assistência cirúrgica, por se tratar de um procedimento realizado em um ambiente de alto risco e alta suscetibilidade a erros, pois necessita de um processo de trabalho complexo, interdisciplinar e com uma forte dependência da atuação individual e coletiva (HUSM, 2015).

Por meio da Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), a ANVISA, vem estabelecendo atividades voltadas para a segurança do paciente e da qualidade em serviços de saúde (ANVISA, 2011). Assim, estratégias para a redução de risco e erros que resultam em eventos adversos são medidas que devem ser adotadas, para uma cirurgia segura, com um atendimento de qualidade e que não prejudique e proporcione danos à vida do paciente (MONTEIRO et al., 2014).

Nesse contexto, o segundo Desafio Global da OMS, e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), em parceria com o MS, surge como um plano, com desafios subjacentes a serem vencidos para melhoria da segurança cirúrgica, tornando a cirurgia uma preocupação da saúde pública, com a realização de práticas confiáveis em todos os países e uma preocupação com a prevenção de complicações anestésicas (BRASIL, 2014).

É fundamental investir na melhoria da qualidade e garantia de segurança nos procedimentos cirúrgicos, resultando em mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis. Portanto, o Desafio Global intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, visa aumentar a qualidade dos serviços de saúde com a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, a anestesia e equipes cirúrgicas seguras, bem como, indicadores da assistência cirúrgica de qualidade (WHO, 2014).

No Brasil, o segundo desafio global para a segurança do paciente foi lançado em 13 de maio de 2010, pela SAS do MS, com ações desenvolvidas em parceria com ANVISA, Fiocruz, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e OPAS/OMS (ANVISA, 2013). O

utilização dessas ferramentas, nos serviços de assistência cirúrgica, tem sido fundamental na minimização das taxas complicações e mortalidade em diversos hospitais e contextos (VIEIRA; ORNELLAS, 2017).

A assistência cirúrgica é complexa e envolve etapas que devem ser modeladas de modo individual para cada paciente, tendo sempre orientações para a cirurgia segura da OMS como base. Assim é necessário verificar o paciente certo e o local cirúrgico certo, com métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor. Sempre atentando para o efetivo funcionamento das vias aéreas e função respiratória do paciente a fim de diminuir as ameaças à vida do paciente, estando preparado para o risco de perdas sanguínea e reação adversa a drogas ou reação alérgica de risco ao paciente, como também, deve reconhecer métodos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico, estabelecendo a vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos (OMS, 2009).

ALVSC ou *checklist* foi desenvolvido para ser executado nos hospitais de todo o mundo, independentemente do seu grau de complexidade, visando auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem sistematicamente padrões de segurança. O *checklist* é dividido entre o momento antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operações, objetivando o cuidado de qualidade e livre de eventos adversos (FREITAS, et al., 2014).

Antes da indução anestésica deve ser verificada a identidade do paciente, a marcação do sítio cirúrgico, a assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido (TCE), a conformidade dos materiais solicitados e as possíveis complicações no decorrer do procedimento. Antes da incisão da pele, todos os integrantes da equipe cirúrgica devem se apresentar e antecipar as possíveis complicações da cirurgia a toda a equipe e devem verificar se tudo está de acordo para a realização do procedimento para evitar erros como “paciente errado” ou “local errado”. E antes do paciente sair da sala operatória, deve-se checar os materiais utilizados e todo o que ocorreu durante o procedimento, para que assim, o paciente possa ser encaminhado com maior segurança e com menor possibilidade de complicação pós-cirúrgica (FILHO e al., 2013).

Desde o estabelecimento da ampla campanha da OMS em busca da segurança do paciente, o Brasil, garante grandes benefícios e avanços nesta área, cujo objetivo é desenvolver procedimentos eficazes, seguros e que tragam benefícios aos pacientes, profissionais e familiares, com a certeza de que os serviços de saúde proporcionam cirurgias bem-sucedidas (COREN-SP, 2014).

3.4 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA (HUJB)

O Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello foi criado pela Resolução do Conselho Universitário nº 02 de 2012, após a doação do Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria (IJB) pelo município de Cajazeiras para a UFCG, passando a ser um Hospital de relevância para a instituição de ensino por proporcionar um apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão da comunidade acadêmica, além da prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população assistida pelo hospital (EBSERH, 2015).

Toda a história da fundação do HUJB teve início na década de 1970 com o elevado índice de mortalidade infantil em toda a Paraíba. Assim no dia 09 de outubro de 1977 ocorreu o lançamento da pedra fundamental, e logo em seguida, o início da obra que contou com ajuda de colaboradores e órgãos municipais, estaduais e federais, fazendo com que em 12 de novembro de 1978 fosse inaugurado Hospital Infantil de Cajazeiras (HIC). Em outubro de 2001 uma intervenção da Prefeitura Municipal de Cajazeiras, transformou o HIC em autarquia municipal, que passou a ser chamado de IJB, permanecendo com esta denominação até ser recebido pela UFCG(PDE - HUJB, 2016).

Atualmente, o HUJB é filial da EBSEH, uma empresa pública com uma personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e cujo Estatuto Social foi aprovado pelo Decreto nº. 7.661, de 28 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

De acordo com o Regimento Interno da EBSEH (2016), a empresa tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de atenção médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, como também, deve apoiar as ações de ensino, pesquisa, extensão, ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública nas instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres.

O HUJB está territorialmente inserido na 4ª macrorregião da Paraíba, composta por pela 8ª, 9ª, 10ª e 13ª microrregiões, sendo atualmente referência microrregional (9ª Região de Saúde) para atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares em pediatria e como Hospital Universitário Federal, atende as demandas relacionadas ao ensino, pesquisa e extensão. O hospital, atualmente, atende crianças e adolescentes, e vem se estruturando para voltar a prestar assistência materno infantil e a saúde da mulher (PDE – HUJB, 2016).

O HUJB possui um terreno de 10.213,35m², e quando se vinculou a UFCG

possuía uma área construída de 1.869,00 m² e 26 leitos incluídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas de pediatria clínica. Assim, foi necessário uma reforma e ampliação do hospital, que em 2013, com o investimento da própria universidade, iniciou as obras com a ampliação de 1.250,16 m² de área, passando a ter uma área total construída de 3.119,16 m² (PDE - HUJB, 2016).

No momento o HUJB dispõe de uma estrutura de 26 leitos de pediatria, sendo 18 ativos e 8 desativados. Com a reforma e reestruturação dos serviços, o HUJB disporá de seis consultório para consultas eletivas e 55 leitos hospitalares, dos quais 08 são leitos de ginecologia, 04 leitos são obstétricos clínicos, 19 de obstetrícia cirúrgica, 14 de alojamento conjunto e 4 Salas de pré parto, parto e puerpério (PPP), 03 são leitos pediátricos cirúrgicos, 12 são leitos pediátricos clínicos, sendo um de isolamento, 5 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 4 leitos de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (PDE - HUJB, 2016). Também possui duas salas de cirurgias: uma sala para cirurgia obstétrica e ginecológica e uma sala para cirurgia geral da criança do adolescente e da mulher.

3.4.1 REFERÊNCIAS PARA O ENSINO E A PESQUISA

No Brasil, os hospitais universitários são entendidos como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área de saúde, que prestam serviços à população, elaboram protocolos técnicos para diversas patologias e oferecem programas de educação continuada, que permitem atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Esse amplo e complexo entendimento sobre o hospital universitário reflete o processo de avaliação pelos quais os hospitais universitários brasileiros vêm sendo submetidos desde 2004 e que foi formalizado em 2007, o processo de contratualização. Para o Ministério da Saúde, tal processo viabiliza o estabelecimento de metas, quantitativas e qualitativas, referentes às atividades de ensino, pesquisa e assistência (BRASIL, 2007).

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias na área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento. Isso garante maiores padrões de eficiência à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Com a mesma filosofia de ensino e pesquisa, o HUIB, apresenta como um dos maiores desafios para a sua consolidação, a ampliação do seu papel no ensino, o que consta na sua missão institucional, além do compromisso com a formação de profissionais de saúde, voltados, principalmente, para a assistência prestada pelo SUS. Para isso, a gestão do HUIB vem buscando de forma intensiva, uma maior inserção da UFCG nas atividades do hospital, na assistência, no ensino, pesquisa, extensão e na gestão.

O HUIB, mesmo vivenciando um processo de transição e de estruturação, algumas atividades de ensino estão sendo desenvolvidas no hospital, as principais são: aulas práticas, estágio supervisionado dos cursos técnico em enfermagem e de graduação em enfermagem (campus Cajazeiras-Paraíba), Nutrição (campus de Cuité-Paraíba) e Administração (campus de Sousa-Paraíba), visitas técnicas, defesas de trabalhos de conclusão de curso e complemento do internato do curso de medicina, na área de conhecimento de pediatria, anteriormente realizado em hospitais situados fora de Cajazeiras, além de algumas pesquisas e projetos de extensão que são realizados no cenário hospitalar (PDE-HUIB, 2016).

Portanto, por se tratar de um hospital de inserção loco-regional, com interlocução entre serviços de diversos níveis de complexidade e de gestão, o HUIB deverá desempenhar papel privilegiado na formação de profissionais para atuação na rede SUS. Deve, portanto, servir como campo de formação prática e teórica, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde, com vistas à qualificação da assistência e da gestão.

O HUIB deverá ainda, desenvolver programa de educação permanente para os trabalhadores e participar de iniciativas que promovam integração e cooperação técnica entre os diferentes serviços do hospital e a Rede do SUS, através da estratégia de matriciamento e outros espaços de diálogo e compartilhamento de saberes e práticas.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi adotada a modalidade de pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, que constitui uma estratégia alternativa de pesquisa empregada nos estudos desenvolvidos no campo da saúde. Nesse método, o conhecimento trazido pelos conjuntos entre a bibliografia científica pesquisada acerca da temática, acrescido aos documentos institucionais sobre a segurança do paciente no contexto do centro cirúrgico, torna-se ponto de partida para reflexão e reconstrução desse conhecimento.

Documentos são compreendidos como todas as realizações produzidas pelo homem que se mostram como indícios de sua ação e que podem revelar suas ideias, opiniões e formas de atuar e viver. Nesta concepção é possível apontar vários tipos de documentos: os escritos; os numéricos ou estatísticos; os de reprodução de som e imagem; e os documentos-objeto (GIL, 2008).

A pesquisa documental trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, não sendo fácil por vezes distingui-las. A pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. No que concerne a pesquisa documental ora proposta, recorrer-se-á a fontes documentais de Instituições Hospitalares que já utilizam o Protocolo de Cirurgia Segura em seus serviços.

Nessa perspectiva, a coleta de documentos apresenta-se como importante fase da pesquisa documental, exigindo do pesquisador alguns cuidados e procedimentos técnicos acerca da aproximação do local onde se pretende realizar a “garimpagem” das fontes que lhes pareçam relevantes à sua investigação. Formalizar esta aproximação com intuito de esclarecer os objetivos de pesquisa e a importância desta constitui-se um dos artifícios necessários nos primeiros contatos e, principalmente, para que o acesso aos acervos e fontes seja autorizado (SILVA et al, 2009).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) situado na Avenida José Rodrigues Alves,

número 305, bairro Edmilson Cavalcante, Cajazeiras-PB, sendo um dos três hospitais universitários federais da Paraíba. O HUJB é filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, vinculada ao Ministério da Educação. Este vem se estruturando para atender nas áreas da atenção à saúde da criança, da mulher e materno-infantil, de acordo com sua vocação assistencial, alinhado às necessidades de saúde da região (PDE - HUJB, 2016).

4.3 CAMINHO PERCORRIDO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

A pesquisa foi desenvolvida a partir de várias etapas, sendo a primeira etapa a busca nos sites dos hospitais de referência no Brasil que já utilizam os protocolos de cirurgia segura, a exemplo dos Hospitais: Hospital Universitário de Santa Maria (ANEXO II) e Hospital São Paulo/ Hospital Universitário da UNIFESP (ANEXO III). Posteriormente, foi realizada uma busca nas principais bases de dados brasileiras: LILACS, BDENF, SCIELO, para se conhecer a produção científica sobre a temática publicada que serviu para discussão dos resultados da pesquisa.

Na segunda etapa a partir do embasamento teórico, partiu para elaboração da LVSC. Esse documento é um instrumento de comunicação que propicia a oportunidade de melhoria entre os profissionais da equipe multidisciplinar que atuam na sala de cirurgia. Esse protocolo tem a orientação para sua elaboração da OMS e possui fases que devam ser seguidas criteriosamente e tem como finalidade evitar ou reduzir eventos adversos que possam causar danos aos pacientes cirúrgicos. No HUJB, a LVSC terá os seguintes passos:

- **Fase I da LVSC** – Encaminhamento cirúrgico – Divide-se em duas etapas sendo elas:
Etapa I - Dados de identificação do paciente: (momento que deve acontecer na enfermaria e deve ser preenchido antes de encaminhar o paciente ao CC);
Etapa II - Checagem pré-cirúrgico: (deve ser preenchido ainda na enfermaria, antes de encaminhar o paciente ao CC);
- **Fase II** – Admissão cirúrgica (deve ser preenchido na chegada do paciente ao CC);
- **Fase III** – Antes da indução anestésica: (o condutor verificará em voz alta);
- **Fase IV da LVSC** – Antes da indução cirúrgica: (confirmação verbal na sala de operação com todos da equipe);
- **Fase V da LVSC** – Final da cirurgia: (antes do paciente sair da sala de cirurgia);

Fazendo parte ainda da proposta do Protocolo de Cirurgia Segurado HUIB foi elaborado outros itens que irão organizar e normatizar os serviços do HUIB. Dentre eles podemos citar:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;
- Termo de recusa do paciente;
- Fluxograma de aplicação da LVSC;
- Demarcação da Lateralidade.

4.4 AVALIAÇÃO DA LVSC PELO COMITÊ DE ESPECIALISTA SOBRE CIRURGIA SEGURA

Sugere-se que o presente protocolo seja avaliado pela comissão de segurança do paciente do HUIB, que de acordo com normativas seja composta por comissão interna, formada por médicos cirurgiões, médicos anestesiológicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, membros do NSP do HUIB e docentes da área que juntos irão avaliar a viabilidade da LVSC ora elaborada, observando todas as fases para verificar a sua efetividade. Posterior a essa fase a referida proposta irá para ser apreciado pelo conselho deliberativo do HUIB.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A construção do Protocolo de Cirurgia Segura a ser implantado no HUIB, constitui o registro de informações essenciais para um procedimento cirúrgico de qualidade e excelência, uma vez que estabelece normas preventivas para minimizar os eventos adversos, incidentes e danos que possam vir a ocorrer em decorrência das cirurgias, permitindo a gestão de riscos na assistência prestada e assim, construindo a cultura da segurança do paciente nessa instituição.

A LVSC do HUIB (APÊNDICE I) foi elaborada de acordo com o protocolo universal da OMS (2012), que traz LVSC, visando fortalecer a prática de segurança do paciente e proporcionar uma melhor comunicação e o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar. Um instrumento a ser utilizado por todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico, para melhorar a segurança das cirurgias e reduzir óbitos e complicações cirúrgicas desnecessárias.

De acordo com o estudo realizado por Constanza et al. (2013), após a utilização do *checklist* em um hospital, na Colômbia, houve uma diminuição no número de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico de 7,2% em 2009 para 3,3% em 2010, evidenciando a eficácia do *checklist* na diminuição ocorrências relacionado aos procedimentos cirúrgicos com a sua implantação.

O *checklist* proporciona uma segurança nos processo cirúrgico, pois além de diminuir os riscos de possíveis complicações, também padroniza condutas e revê passos para a segurança, possibilitando uma melhor compreensão do processo. Assim, oferece uma maior segurança à equipe como um todo, pois minimiza as chances de esquecimentos dos itens que são importantes para a segurança do procedimento e garante mais segurança à equipe, bem como, facilita a prática profissional (PANCIERI et al., 2013).

Para aplicação da LVSC, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens, nomeado de “condutor da LVSC” ou “coordenador da LVSC”, porém é necessária a participação ativa, de toda a equipe cirúrgica executante do procedimento, durante a sua execução da LVSC, pois de acordo com o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 (2014), todos os membros da equipe têm um papel protagônico para garantir a segurança e o êxito de uma cirurgia, assim devendo ser aplicada de forma multidisciplinar.

O condutor da LVSC poderá ser qualquer profissional da equipe, seja ele, médico ou profissional da enfermagem. De acordo com Pancieri, Carvalho e Braga (2014), esse profissional responsável pelo gerenciamento da lista, deve ter conhecimento necessário sobre

todo processo anestésico-cirúrgico, estando apto a interromper, a qualquer fase, o procedimento ou impedir seu avanço, se considerar insatisfatório um item avaliados.

A lista deve ser checada verbalmente, pelo condutor, que por sua vez confirmará junto aos profissionais responsáveis pelos procedimentos específicos, devendo atentar sempre pela eficiência e verificação dos itens constados, garantindo o preenchimento e a fidelidade de todos os elementos da lista. Sempre que possível e/ou necessário, o paciente também participará verbalmente das confirmações da LVSC, podendo essa atribuição ser exercida pela família.

A Lista, do apêndice I, deve ser preenchida com registro impresso, onde cada item é checado nos campos: Sim, Não ou não se aplica (NA), com caneta esferográfica de cor azul ou preta, com um “X” no local específico para cada checagem. O condutor deve assinar em local apropriado.

A LVSC da OMS (2012) divide a cirurgia em três fases, a primeira ocorrendo antes da indução anestésica, a segunda após a indução e antes da incisão cirúrgica e a terceira, durante ou imediatamente após a sutura, mas antes da remoção do paciente da sala de cirurgia. No HUIB, a LVSC, contará com cinco fases, duas destas foram acrescentadas, para uma verificação mais eficaz da assistência prestada ao paciente cirúrgico e assim, possa garantir a segurança do paciente.

A aplicação da LVSC deverá ser seguida de acordo com o Fluxograma de Aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (APÊNDICE II) elaborada por meio deste protocolo onde, em cada fase, o condutor da LVSC deve conferir se a equipe concluiu suas tarefas para dar prosseguimento à aplicação da lista, com a máxima eficiência e com interrupções mínimas. Se algum item conferido não estiver em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e as divergências, ajustes e/ou documentação deverão ser corrigidos e/ou solucionados.

5.1 ENCAMINHAMENTO CIRÚRGICO

A fase I da LVSC do HUIB (encaminhamento cirúrgico) é dividida em duas etapas ou dois momentos, devendo ser preenchidos antes de encaminhar o paciente ao CC, com dados e identificações importantes para todo o período de aplicação da LVSC e perioperatório.

A primeira etapa da fase I é o local que consta as informações básicas sobre o paciente que será admitido no CC. Assim, o condutor preencherá a lista de verificação com o nome completo do paciente; unidade proveniente; procedimento proposto; data do

procedimento e hora do encaminhamento ao CC, além de checar a presença da pulseira de identificação do paciente, se os exames de avaliação pré-cirúrgica foram avaliados e conferir se o TCE foi assinado, também é recomendado que seja colocado, no braço do paciente, uma pulseira específica de cirurgias, na cor lilás, para uma maior segurança na identificação do paciente que será submetido aos procedimentos.

Segundo Tonello, Nunes e Panaro (2013), essas informações referem-se a documentos de grande valor para o procedimento, devendo ser anotados corretamente, pois qualquer irregularidade no preenchimento poderá acarretar em danos nocivos e irreparáveis para a saúde do paciente. Sendo primordial o registro correto das informações por qualquer profissional da saúde, de modo que garanta a compreensão do quadro clínico-cirúrgico do paciente por parte de todos os participantes do processo.

De acordo com o Protocolo de Identificação do Paciente do MS (2013c), o procedimento de identificação do paciente deve garantir que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina, evitando a ocorrência de erros, em todas as fases, desde admissão até a alta do serviço. O estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição são fatores que potencializam os riscos na identificação do paciente e conseqüentemente, na sua segurança.

A confirmação da avaliação dos exames pré-operatórios nessa etapa do processo é imprescindível. Para Garcia et al. (2013), essa análise é fundamental pois é capaz de reduzir riscos e contribuir na melhoria do desfecho da cirurgia, uma vez que os exames confirmam e documentam as condições que podem interferir na anestesia e no perioperatório, aumentando a segurança do paciente.

A confirmação do consentimento para cirurgia e a anestesia, pelo paciente ou seu representante legal, quando se trata de um incapaz de acordo com o Artigo 3º do Código Civil brasileiro, é de fundamental importância para proteger a autonomia dos pacientes, atestando a ciência de suas condições de saúde e procedimentos a serem realizados (OLIVEIRA; PIMENTEL; VIEIRA, 2010). Portanto, antes de prosseguir na execução da LVSC é necessário checar se o Termo de Consentimento Esclarecido (TCE) do HUIB para cirurgia segura (APÊNDICE III) foi assinado pelo paciente ou seu representante legal.

A Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. A princípio no inciso III do Artigo 6º traz como direito do consumidor “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem” (BRASIL, p.03, 1990).

Sendo assim, é um direito do paciente e/ou responsável legal ter as informações corretas sobre o estado de saúde e sobre todo o tratamento e/ou procedimento que será realizado, afim de que estes tenham total convicção de todo o desenvolvimento perioperatório e que absorveram corretamente as informações transmitidas pelo profissional.

Caso o paciente se recuse ao procedimento cirúrgico é necessário que o mesmo assine o Termo de Recusa do HUIB para cirurgia segura (APÊNDICE IV). Na visão de Oliveira; Pimentel e Vieira (2010), se o paciente negar-se a realizar o tratamento, mesmo informado sobre as condições de saúde, faz-se necessário que a negação seja respeitada, desde que não haja perigo de vida, pois o direito de recusa é uma expressão do princípio da autonomia da vontade.

Para isso, é necessário que o paciente tenha conhecimento e assine o termo de recusa para documentar, justificar e proteger os profissionais do HUIB de possíveis complicações pela não realização do procedimento. É necessária a assinatura de pelo menos um representante legal do paciente para que o termo seja validado e assim o procedimento seja suspenso em função do impedimento. O prosseguimento da LVSC do HUIB se dará, obrigatoriamente, pelo preenchimento completo do TCE.

A segunda etapa da fase I é a parte da LVSC que consta as informações da condição clínica e física do paciente candidato a cirurgia. É importante saber a quanto tempo o paciente encontra-se em jejum; se faz uso de anticoagulante e qual o último horário que utilizou; se alérgico a alguma medicação; se faz uso de prótese dentária e se foi retirada; se foi retirado os adornos; se foi realizada a higienização corporal, tricotomia e demarcação da lateralidade; se tem precedentes cirúrgicos; e se faz uso de marcapasso cardíaco.

Para Flores e Kik (2013), o jejum pré-operatório é utilizado desde o princípio da técnica anestésica, com a finalidade de prevenir complicações pulmonares associadas a vômitos e aspirações do conteúdo gástrico, garantindo o esvaziamento gástrico e evitando broncoaspiração no momento da indução anestésica.

O uso regular de anticoagulantes é considerado como um risco para o paciente cirúrgico, podendo acarretar em tromboembolia e complicações hemorrágicas associadas a diferentes estratégias de anticoagulação (MAGARÃO; MARQUES; FILHO, 2011). Portanto, é necessário conferir e avaliar a utilização do anticoagulante pelo candidato ao procedimento cirúrgico, bem como, última utilização do medicamento.

De acordo com o protocolo de cuidados durante a avaliação pré-anestésica (2015) do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, devem ser avaliadas e registradas a história clínica, o exame físico com a avaliação das vias aéreas, o jejum, alergias, hábitos, antecedentes, medicação em uso recente, análise de exames pré-operatórios e se o paciente apresenta histórico de alergias

medicamentosas, pois essa análise norteará o planejamento dos cuidados durante todo o procedimento, possibilitando a identificação e correção de situações clínicas de risco.

Ações como a realização do preparo da pele, tricotomia, higiene corporal; retirada de próteses dentárias, adornos e esmaltes que muitas vezes delegados a equipe de enfermagem são de extrema importância para diminuir o risco de infecção cirúrgica e promover a recuperação, evitando complicações no pós-operatório (ASCARI et al., 2013). Dessa forma, deve ser checada a realização dessas ações, antes do paciente ser encaminhado para o CC, promovendo a qualidade do serviço e da assistência.

No HUJB, a demarcação da lateralidade (APÊNDICE V) será realizada em forma de “X” na enfermaria pelo médico cirurgião ou anestesiológico que estará presente durante a realização do procedimento; com uma caneta específica, sendo feita próxima ao local de abordagem cirúrgica, de forma a não deixar dúvidas e que possa continuar visível após preparação da pele.

A demarcação da lateralidade cirúrgica no membro, região ou próximo à localização onde será realizada a cirurgia é de extrema importância para a garantia do procedimento no local correto. Conforme o Procedimento Operacional Padrão do Hospital São Paulo (2015), no que tange a demarcação de lateralidade de sítio cirúrgico, procedimentos terapêuticos invasivos com a possibilidade de ter mais do que uma localização, deve-se demarcar o local a ser cirurgiado antes de encaminhar o paciente para a realização do procedimento.

O condutor da LVSC deve confirmar se o médico demarcou o local da cirurgia nos casos que envolvam a lateralidade, exceto cirurgia em órgão único; casos nos quais o local de inserção do cateter/instrumento não é predeterminado (cateterização cardíaca, laparotomia exploradora); em crianças prematuras pelo risco de marcação definitiva; recusa do paciente, devendo contar no prontuário a recusa com assinatura do paciente ou responsável; e em procedimentos de emergência, devendo, os profissionais, terem maior atenção antes da incisão da pele.

Essa fase é essencial para conhecer o paciente e seu estado de saúde, possibilitando que a equipe estabeleça medidas preventivas durante todo o perioperatório, evitando complicações danosas. Após a confirmação de todos os itens, o paciente encontra-se possibilitado a ser encaminhado ao CC.

5.2 ADMISSÃO CIRÚRGICA

Na Segunda fase ou Fase II da LVSC é o momento da chegada do paciente ao CC. Deve-se confirmar o nome completo do paciente; o procedimento proposto; data e hora da chegada no CC; e se o procedimento e sítio cirúrgico foram confirmados com o paciente.

A identificação correta do paciente é imprescindível para prevenir que erros aconteçam e provoquem danos ao paciente. Portanto, a checagem do nome completo é uma das ações desenvolvidas tanto para o reconhecimento do paciente no CC, como para evitar que a cirurgia seja realizada no paciente errado.

Uma pesquisa voluntária feita com 3.231 ortopedistas, por meio de um questionário sobre o uso do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, 40,8% do total de profissionais relataram já ter vivenciado cirurgias em local ou paciente errado, o que mostra que muitos são os erros que ocorrem por imprudência dos profissionais, quanto a identificação do paciente (FILHO, et al., 2013).

O condutor da LVSC confirma, verbalmente, o procedimento previsto, o local da cirurgia o paciente. Apesar de repetitivo, essa fase é importante para garantir o paciente certo, o procedimento correto no local correto. Após a certificação dos itens, pode-se passar para outra fase da LVSC.

5.3 ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

A fase III da LVSC deve ser concluída antes da indução anestésica, para avançar no procedimento propriamente dito e assegurar a excelência do processo. De acordo com o Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 (2014), nessa etapa, é necessária a presença mínima do anestesiológico e da equipe de enfermagem. Sugere-se que no HUIB, acrescente a presença do médico cirurgião, visto a importância de maior parte da equipe para conhecimento do perfil clínico-cirúrgico do paciente que será checado e informado nesse momento.

O condutor da LVSC deve confirmar o consentimento para cirurgia; se avaliação pré-anestésica e cardiovascular foram realizadas; se o sítio cirúrgico encontra-se demarcado; se o aparelho de anestesia, medicamentos e monitores estão conferidos e completos; se o paciente possui risco de complicações das vias aéreas, aspiração e/ou perda sanguínea (>500ml, quando criança, 7ml/Kg), e se afirmativo, se há reservas de hemocomponentes; se o paciente possui alergia e qual; se faz uso de anticoagulante; se os materiais cirúrgicos que serão necessário para

execução do procedimento encontram-se na sala; se a equipe de enfermagem afirma ter feito a esterilização de materiais (incluindo indicadores) e presença de equipamentos, montados e revisados; e se a placa de eletrotermocautério estar posicionada no local correto.

A avaliação pré-anestésica é realizada pelo médico anesthesiologista antes da indução anestésica. É um momento propício para o anesthesiologista informar ao paciente sobre os cuidados pré, trans e pós-operatório, bem como, tem a oportunidade de esclarecer dúvidas do paciente que ainda possam existir acerca do procedimento.

Segundo o Protocolo de Cirurgia Segura do Hospital São Paulo (2016), essa avaliação constituem-se de entrevista contendo interrogatório sobre diversos aparelhos, antecedentes pessoais, anestésicos, cirúrgicos, hábitos, alergias, uso de medicações entre outras informações importantes sobre suas condições físicas e psicológicas. Além disso, o condutor da LVSC confirmará a realização da avaliação cardiovascular do paciente.

É também o momento que será conferido com o anesthesiologista a verificação do equipamento de anesthesiologia e a medicação. A segurança na anestesia consiste em checar formalmente os equipamentos, medicamentos e riscos anestésicos do cliente, atestando a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos para manutenção das vias aéreas, administração de oxigênio e agentes inalatórios, bem como o carro de anestesia, equipamentos de sucção e dispositivos de emergência (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

A funcionalidade do oxímetro de pulso é fundamental para a realização do procedimento, sendo um elemento necessário para uma anestesia segura, devendo estar operacionalmente visível para toda a equipe. Assim, deve ser certificado a sua instalação no paciente antes da indução anestésica. A ausência ou defeito do oxímetro de pulso possibilita o adiamento da cirurgia, pelo cirurgião e/ou anesthesiologista, até que seja solucionado o problema, devendo sempre, ser avaliado cada caso, podendo esse requisito ser dispensado vendo a necessidade de prosseguir com a operação, para salvar a vida ou membros do paciente, mas sempre com foco na segurança do procedimento (WHO, 2014).

Segundo Couto (2014), a estimativa da perda de sangue intraoperatória é uma parte necessária para a realização de qualquer cirurgia. Assim, quantificar as perdas sanguíneas durante uma cirurgia é fundamental para avaliar e adaptar a gestão intra e pós-operatória do paciente. Portanto, nesta fase da LVSC, o condutor, deve perguntar à equipe de anesthesiologia se o paciente corre o risco de perder mais de meio litro de sangue durante a cirurgia, visando à preparação para esse momento, atentando sempre para sinais de alerta de complicação, como a hipovolemia que pode vir a surgir com uma perda de mais de 500 ml de sangue e em crianças 7mL por quilo.

Se o anestesiolista não tiver uma estimativa da perda sanguínea, deve ser discutindo com o cirurgião sobre esse risco antes da incisão da pele, pois de acordo com Mooney e Barfield (2013), essa estimativa é uma das responsabilidades necessária, a qualquer registro de anestesia e fichas operatórias, para que assim possa ser feito as reservas de hemocomponentes para qualquer eventualidade durante o procedimento.

O condutor da Lista deve perguntar, nesse momento, ao anestesiolista, se o paciente tem alergia conhecida, se afirmativo, e qual a substância. Assim, cabe ao condutor comunicar, caso saiba e não seja do conhecimento do anestesiolista, alguma alergia do paciente. Para Christóforo e Carvalho (2009), a equipe cirúrgica deve procurar saber se o paciente que será submetido ao procedimento cirúrgico já apresentou algum tipo de alergia, a fim de evitar reações anafiláticas e complicações no transoperatório.

Também é nessa fase que, o condutor dirige a equipe de enfermagem para confirmar suas atribuições de esterilização de materiais e a montagem e revisão equipamentos para que se possa dar início a próxima fase da LVSCe a equipe pode prosseguir com a indução anestésica. Segundo Ouriques e Machado (2013), a enfermagem é fundamental na qualificação do trabalho de esterilização de materiais e na identificação das necessidades de sua equipe, para que assim, possa garantir a eficácia dos processos subsequentes, além de contribuir para a prevenção de infecções hospitalares.

5.3 ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Neste momento, todos os membros da equipe farão uma pausa, rapidamente, antes da incisão cirúrgica para checagem de itens fundamentais na segurança do procedimento. É a fase que busca uma maior comunicação entre os envolvidos na execução da cirurgia e assim, a checagem em voz alta para todos os membros da equipe.

Para isso, o condutor irá verificar se todos os membros da equipe apresentaram-se pelo nome e função; se o nome do paciente e procedimento da incisão foram confirmados, verbalmente; se foi realizada a administração de antibiótico profilático antes da incisão; se os exames de imagem estão disponíveis no prontuário.

Os membros da equipe confirmarão verbalmente: o anestesiolista, se o paciente tem algum problema específico que preocupe; o cirurgião se há aspectos críticos ou não rotineiros do paciente e/ou do procedimento; e a equipe de enfermagem se a esterilização do instrumental foi realizada adequadamente e comunicarão a falta de equipamentos e/ou de instrumental cirúrgico.

O condutor solicitará que todos se apresentem por nome e função. Como as equipes do CC costumam mudar a cada troca de plantão, é necessária a apresentação de cada membro da equipe, pois em situações de alto risco é fundamental que todos os membros da equipe se conheçam e estejam familiarizados com as atribuições e capacidades de cada um. Nas equipes que os membros já se familiarizaram nas atividades cirúrgicas, pode ser confirmado na LVSC que todos se apresentaram, mas novos membros ou novas equipes na sala de operação devem-se apresentar, incluindo estudantes ou outros funcionários (WHO, 2014).

A verificação do nome do paciente, local e cirurgia a ser realizada deverão ser comunicadas, verbalmente, para toda a equipe, devendo ter a confirmação desses dados por todos os presentes, inclusive o paciente, se estiver consciente (não sedado), para evitar operações em pacientes e locais errados. Segundo o estudo realizado por Santana et al. (2014), em uma dada realidade houve 126 casos de erros cirúrgicos, revelando que 76% foram realizados no local errado, 13% no paciente errado e 11% envolveram o procedimento errado, isso comprova, que muitos são os casos de erros, evitáveis, que provocam danos ao paciente, evidenciando a necessidade da checagem constante da identificação do paciente para minimizar esta problemática.

Em seguida, o condutor perguntará em voz alta se foi realizada a administração de antibióticos profiláticos antes do procedimento. Devendo ter a confirmação por um dos médicos presentes. Tostes et al. (2016) aponta que é substancial a profilaxia antimicrobiana cirúrgica, a fim de que a concentração bactericida não atinja níveis séricos e teciduais no momento da incisão e durante a cirurgia, para uma maior eficácia, deve ser administrada uma hora antes da incisão.

Os exames de imagens servem para garantir o adequado planejamento na realização de muitas cirurgias, inclusive procedimentos ortopédicos, espinhais, torácicos e muitas ressecções tumorais. Assim, o condutor, deve perguntar ao cirurgião sobre a necessidade dos exames de imagens para o caso cirúrgico. Se for necessário, deve-se verificar se estes estão em um local acessível e visível para o uso durante a cirurgia. Caso não esteja disponível, o cirurgião decidirá sobre o prosseguimento (WHO, 2014). Assim, o condutor deve aferir esse item na LVSC.

Para finalizar essa fase, é necessário que todas as classes de profissionais (médica, anesthesiologista e enfermagem), confirmaram verbalmente suas considerações sobre o caso cirúrgico para informar aos membros sobre os riscos, as preocupações específicas, as particularidades e os equipamentos e materiais que precisaram em todo o transoperatório,

oportunizando a revisão dos passos e equipamentos ou preparações especiais. Conforme forem realizados e checados esses pontos, o procedimento cirúrgico poderá ser continuado.

5.4 ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

Esta fase da LVSC deverá ser realizada antes da remoção do paciente da sala cirúrgica, durante ou imediatamente após o término da sutura cirúrgica. Ocorrerá a comunicação das informações relevantes às equipes que assistiram o paciente após a finalização do procedimento. Portanto, é necessário que todos da equipe façam suas considerações para traçar o plano de cuidado e as providências da recuperação anestésica e pós-operatória.

Em caso de mudança no plano cirúrgico, o condutor da LVSC deverá confirmar o procedimento efetuado, considerando que o decorrer da cirurgia pode ter sido alterado ou ampliado o procedimento; verificar se a contagem dos instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas conferem com a quantidade disponível antes do procedimento, para confirmar que nenhum instrumental foi esquecido no paciente e provoque dano ao mesmo; se houve a identificação de amostra para exames; a equipe deve revisar o manejo e transferência do paciente para URPA e considerações sobre problemas com equipamentos.

Segundo Norton, Martin e Micheli (2012), a contagem de compressas, instrumentos e perfurocortantes devem ser feitos para qualquer procedimento cirúrgico que possa desvanecer e ficar dentro do paciente. Corroborando, Freitas (2014) aponta que às compressas cirúrgicas são objetos com maior frequência deixados na cavidade do paciente. Portanto, se a contagem desses elementos não estiverem de acordo, a equipe deve tomar medidas para solucionar o problema antes de concluir a síntese operatória. Deve-se averiguar se esses itens não estão no interior da SO, a exemplo de lixeira. Se a ausência do objeto só for percebida após a síntese operatória, deve ser solicitado exames de radiografia para certificar se não estar na cavidade do paciente.

No final, é recomendado que toda a equipe revise em conjunto a cirurgia realizada, a revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamento ou questões que necessitem ser solucionadas. Com a conclusão da checagem da LVSC do HUIB, a lista será anexada no prontuário do paciente que será encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde ficará aos cuidados da equipe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios enfrentados pelas instituições de saúde para a melhoria dos serviços e a qualidade na assistência prestada, evidenciam a necessidade de ações que visem à implementação da cultura de segurança do paciente nesses ambientes. Portanto, a elaboração do Protocolo de Cirurgia Segura nesses estabelecimentos, especialmente o CC do HUJB, vem como resposta às propostas internacionais e nacionais advindas da 55ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 2002, onde suscitou um maior interesse na implantação de políticas públicas mundiais para garantia da segurança do paciente na assistência prestada.

Considerando que o protocolo do HUJB, em especial a LVSC, foi elaborado de acordo com as particularidades da instituição, porém não perdendo a sua essência, este deve ser trabalhado com todos os membros da equipe de saúde que processarão o *Checklist* para que possam garantir a sua execução de forma integral, onde toda a equipe deve se engajar a fim de assegurar a sua funcionalidade.

Para que a LVSC não seja abordada apenas como um instrumento escrito ou como mais um documento burocrático do setor, os dirigentes do CC devem sensibilizar a equipe executante em relação à finalidade e os benefícios que essa ferramenta propicia tanto para o paciente quanto para os profissionais envolvidos no procedimento e que sua efetivação é um compromisso que deve ser cumprido por todos que fazem o CC do HUJB, na certeza que a sua implementação fortalece a cultura de segurança do paciente no serviço.

Todas as evidências dos referenciais abordados mostram que a aplicabilidade da LVSC e Lateralização são instrumentos de benefício na qualidade da assistência prestada e fomentam resultados positivos para a segurança do paciente. Portanto, será fundamental a adesão dos profissionais para que o programa possa ser colocado em prática.

Assim, este estudo será encaminhado e apresentado à equipe gestora, para que tome conhecimento dos resultados desta pesquisa, e posteriormente, o mesmo seja validado e implantado no serviço.

Para implantação, será necessária a apresentação do estudo no conselho deliberativo do hospital, a todos os profissionais do CC do HUJB, para que possam colocar em prática tudo que está descrito. Além disso, é importante que este estudo esteja acessível aos profissionais e comunidade acadêmica inserida no CC do HUJB, e que estes sejam capacitados, continuamente, quanto à existência, funcionalidade e aplicabilidade do protocolo, para garantir a execução do proposto, na íntegra e com excelência.

Por ser um protocolo de um hospital universitário, sugere que as turmas que

utilizarão o CC do HUJB como campo de estágio, tomem conhecimento por meio da direção deste setor e dos docentes da UFCG sobre a existência do protocolo e a importância da sua execução para a disseminação da cultura de segurança do paciente.

Outrossim, o Protocolo de Cirurgia Segura do HUJB deve ser reavaliado continuamente, sistematicamente, visto que sua funcionalidade requer atender as necessidades do serviço, porém sempre prezando pela segurança do paciente e do profissional, na busca pela gestão de riscos à saúde.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, T. F. **Avaliação da aplicação de métodos alternativos para treinamento cirúrgico na disciplina de técnica cirúrgica**. 2014. 30f. Monografia (curso de medicina veterinária) - Universidade de Brasília, Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, Brasília, 2014.

AMATO, A. C. M. Breve História da Cirurgia. In: Irany Novah Moraes. (Org.). **Tratado de Clínica Cirúrgica**. São Paulo, Roca, 1ed., v.1, p.3-18, 2005.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1ed., Brasília, 2013.

ARAÚJO, M. P. S.; OLIVEIRA, A.C. Contribuições do programa “cirurgias seguras salvam vidas” na assistência ao paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v.9, n.4, p.7448-7457, abr., 2015.

ASCARI, R. A. et al. Percepções do paciente cirúrgico no período pré- operatório acerca da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v.7, n.4, p.1136-44, abr., 2013.

BARBOSA, J. A. **Visita pré-operatória de enfermagem: contribuições no pré e pós-operatório**. 2014. 61f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

BOTAZINI, N. O.; TOLEDO, L.D.; SOUZA, D.M.S.T. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.20, n.4, p.210-219, out./dez, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013d.

_____. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. 2012. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.2.400, de 2 de outubro de 2007**. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, Distrito Federal, 2007.

_____. Decreto n. 7.661, de 28 de dezembro de 2011. **Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSERH, e dá outras providências**. p.10. 2011.

_____. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. **Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto - Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências**. p.4, Brasília, 2011a.

_____. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e**

dá outras providências.p.3, Brasília, 1990.

_____. Lei n.10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Brasília, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. 2013a.

_____. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. **Protocolo de identificação do Paciente**. Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz. **Protocolo para cirurgia Segura**. Brasília, 2013b.

CÂNDIDO, R. C. F. **Uso Seguro de Medicamentos (Medication without harm) é o tema do Desafio Global de Segurança do Paciente 2017 da OMS**. 2017. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/noticia/uso-seguro-de-medicamentos-medication-without-harm-e-o-tema-do-desafio-global-de-seguranca-do-paciente-2017-da-oms/>>. Acesso em 01 de Abril de 2017.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.6, p.1041-1048, nov./dez., 2015.

CARVALHO, R. W. F. et al. O paciente Cirúrgico. Parte I. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.10, n.4, p.85-92, out./dez. 2010.

CESARETTI, I. U. R. Cuidando da pessoa com estoma no pós-operatório tardio. **Revista Estima**, v.6, n.1, p.27-32, 2008.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 2016.

CHRISTÓFOROI, B. E. B; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.1, mar., 2009.

CONSTANZA, C. et al. Checklist verification for surgery safety from the patient's perspective. **Revista Colombiana de Anestesiologia**, v.41, n.2, p.109–113, 2013.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Detalhes que salvam vidas. Como a equipe de Enfermagem tornou-se protagonista no processo de ampliação da segurança do paciente no centro cirúrgico. **Enfermagem Revista**, nº 8, jul./ago./set., 2014.

COUTO, J. P. M. **Avaliação das perdas sanguíneas intraoperatórias através da análise de compressas cirúrgicas**. 2014. 110f. Tese (Mestrado) - Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica Portuguesa, 2014.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais EBSERH**. 1.ed. 2014a.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Plano de reestruturação Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello**. 2015.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Regimento Interno**. 3ª Revisão. Brasília, 2016.

ESPLENDORI, G. F.; KOBAYASHI, R. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse e enfrentamento de mulheres em pré-operatório de cirurgia valvar. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v.10, Supl.4, p.3537-3547, set., 2016.

FELIPPE, C. M.; ROQUE, L. O.; RIBEIRO, I. M. Contribuições das orientações pré-operatórias na recuperação de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas. **Rev. Pesq. Saúde**, v.14, n.3, p.160-165, set./dez., 2013.

FERNANDES, E. O. et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.2, p.240-258, abr./jun., 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Cirurgia e Centro Cirúrgico. In: Nébia Maria Almeida de Figueiredo (Org.). **Centro Cirúrgico**. Yendis Editora, cap.1, p.1-23. 2009.

FILHO, G. R. M. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.48, n.6, p.554-562, 2013.

FLORES, P. F.; KIK R. M. E. Jejum pré-operatório em pacientes hospitalizados. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 214-221, set./ dez. 2013.

FRANCISCO, S. C.; BATISTA, S. T.; PENA, G. G. Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig**, v.28, n.4, p.250-254, 2015.

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. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.137-148, jan., 2014.

FREITAS, P. S. **Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente no perioperatório**. 2014. 204 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

GARCIA, A. P. et al. Indicação de exames pré-operatórios segundo critérios clínicos: necessidade de supervisão. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.64, n.1, p.54-61, 2014.

GERMANO, M. I. V. et al. A implantação do protocolo de cirurgia. **Revista Qualidade HC**, p.08-13, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed., São Paulo: Atlas, 2008.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C.Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.2, p.347-354, abr./ jun., 2011.

GRITTEM, L. **Sistematização da assistência perioperatória: uma tecnologia de enfermagem**. 2007. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Curitiba, 2007.

- HAOC. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Comitê de qualidade e segurança anestesia. **Protocolo:** cuidados durante a avaliação pré-anestésica. 5ª versão. 2015. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20Cuidados%20Durante%20a%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Pr%C3%A9-anest%C3%A9sica.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.
- HSP. Hospital São Paulo. Associação Paulista para o desenvolvimento da medicina. Hospital Universitário da UNIFESP. **Procedimento Operacional Padrão:** Demarcação de lateralidade de sitio cirúrgico. São Paulo, p.1-3, 2015.
- HSP. Hospital São Paulo. Associação Paulista para o desenvolvimento da medicina. Hospital Universitário da UNIFESP. **Protocolo de Cirurgia Segura.** São Paulo, p.1-10, 2016.
- HUJB. Hospital Universitário Júlio Bandeira. **Plano de Segurança do Paciente.** 2017.
- HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Protocolo de Serviço: cirurgia segura.** 2015.
- JUNIOR, A. B. F. **Revisão comparativa entre fios de sutura fabricados em seda, nylon e poliglactina 910 em procedimentos cirúrgicos odontológicos.** 2017. 45f. Monografia (curso de graduação em odontologia). - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2017.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.291-292, jul/set, 2012.
- MACHADO, W. C. A.; FIGUEIREDO, N. M. A.; ROSA, I. F. A equipe do centro cirúrgico e o cotidiano da enfermagem. In: Nêbia Maria Almeida de Figueiredo; Josete Luzia Leite; William César Alves Machado (Org.). **Centro Cirúrgico.** Yendis Editora, cap.1, p.24-34, 2009.
- MAGALHÃES, H. P.; CONFORTI, V. L. P. História da Cirurgia. In: Hélio Pereira de Magalhães. **Técnica cirúrgica e cirurgia experimental.** Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda., São Paulo, p.1-4, 1989.
- MAGALHÃES, H.P., CONFORTI, U.L.P. Técnicas cirúrgicas. In: Magalhães, H.P. (ed). **Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental.** Ed. Sarvier, São Paulo, p.134-163, 1994.
- MAGARÃO, R. V. Q.; MARQUES, A. C.; FILHO, G. S. F. Aspirina no perioperatório de cirurgias não cardíacas: o dilema entre manter ou suspender. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v.9, n.3, p.218-224, mai./ jun., 2011.
- MAZIEIRO, E. C. S. **Avaliação da Implantação do Programa Cirurgia Segura em um Hospital de Ensino.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
- MIASSO, A. I. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, maio/jun. 2006.
- MITTELDORF, C. Conceito e Significado da Infecção no Doente Cirúrgico. In: CorneliusMitteldorf; Samir Rasslan; Dario Birolini. **Infecção & Cirurgia.** São Paulo: Atheneu, cap.1, p.1-8, 2007.
- MONTEIRO, E. L. et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem

- perioperatória. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.19, n.2, p.99-109, abr./jun., 2014.
- MOONEY, J.; BARFIELD, W. Validity of Estimates of Intraoperative Blood Loss in Pediatric Spinal Deformity Surgery. **Spine Deformity**, v.1, p.21-24, 2013.
- MORIYA, T. et al. Instrumental cirúrgico. **Fundamentos em clínica cirúrgica**. Medicina de Ribeirão Preto, v.44, n.1, p.18-32, Ribeirão Preto, 2011.
- MORIYA, T.; VICENTE Y. M. V. A.; TAZIMA, M.F.G.S. Instrumental cirúrgico. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP da Universidade de São Paulo**, v.44, n.1, p.18-32, 2011.
- MOURA, M. L. O. **Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro**. 2010. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- NORTON, E. K.; MARTIN, C.; MICHELI, A. J. Patients count on it: an initiative to reduce incorrect counts and prevent retained surgical items. **AORN Journal**, v. 95, n.1, p.109-121, 2012.
- OLIVEIRA, V. et al. Exérese de osteocondroma: Cirurgia sempre fácil ou sempre difícil?. **Rev. Port. Ortop. Traum.**, v.20, n.3, p.311-316, 2012.
- OLIVEIRA, V. L.; PIMENTEL, D.; VIEIRA, M. J. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. **Revista Bioética**, v.18, n.3, p.705-724, 2010.
- 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 Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.**
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**. 2.ed., 2012.
- PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha Enferm.**, v.34, n.1, p.71-78, 2013.
- PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R.; BRAGA, E. M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.19, n.1, p.26-33, jan./mar., 2014.
- PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R.; BRAGA, E. M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.19, n.1, p.26-33, jan./ mar., 2014.
- PDE. **Plano Diretor Estratégico 2017-2018**. Ministério da Educação. Hospital Universitário Júlio Bandeira. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Cajazeiras, Paraíba, 2016.
- ROSA, R. T. et al. Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Ciência y Enfermería XXI**, n.3, p.37-47, 2015.
- SANTANA, H. T. A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária — uma reflexão teórica. **Vig. Sanit. Debate**, v.2, n.2, p.34-42, 2014.

SANTOS, J. S; KEMP, R. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP da Universidade de São Paulo**, v.44, n.1, p.2-17, 2011.

SILVA, F. G. et al. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.20, n.4, p.202-209, out./dez., 2015.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

SILVA, L.R.C. et al. **Pesquisa documental: uma alternativa investigativa na formação docente**. IX Congresso Nacional de Educação, 2009. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf. Acesso em: 21 mai. 2016.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas Recomendadas SOBECC**, 6 ed. São Paulo, 2013.

SOUZA, G. S. P.; RIBEIRO, M.R.R. Construção de Manual sobre Cirurgia Segura para Profissionais de Saúde. **Revista Cogitare Enferm.** 2017, v.22, n. 1, p. 01-05, jan/mar, 2017.

STEENHUYSEN, J. Mistakes Common in U.S. Hospitals. **Reuters Health Information**, v.1, 2011.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X. R. Melhorando a segurança dos pacientes: estudo dos incidentes nos cuidados de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. da USP.**, São Paulo, v.47, n.5, p.1098-1105, 2013.

TONELLO, I. M. S.; NUNES, R. M. S.; PANARO, A. P. Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação. **Informação & Informação**, v.18, n.2, p.193 – 210, mai./ago, Londrina, 2013.

TOSTES, M. F. P. et al. Prática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica como fator de segurança do paciente. **Revista SOBECC**, v.21, n.1, 2016.

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

TOWNSEND, J. C. M. et al. Tratado de Cirurgia. A base biológica da prática cirúrgica moderna. IN: Alexandre Maceri Midão et al. (tradução). **Elsevier**, 19ed., Rio de Janeiro, 2015.

VIEIRA, E. M. A. N.; ORNELLAS, T. C. F. o impacto da aplicação do protocolo de cirurgia segura para qualidade da assistência prestada. **Revista Científica do Instituto de Ensino Superior de Itapira**, v.02, n.02, p.205-212, mar./set., 2017.

WHO - World Health Organization. **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009**. Cirurgia Segura Salva Vidas. tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (LVSC)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

FASE I: ENCAMINHAMENTO CIRÚRGICO <i>(deve ser preenchido antes do encaminhamento ao CC)</i>	
ETAPA I: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome do Paciente: _____	
Unidade Proveniente: Procedimento Proposto: _____	Pulseira de Identificação: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Data do Procedimento: ___/___/___	Pulseira de Cirurgia: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Hora de Encaminhamento ao CC: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Exames Conferidos: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Termo de Consentimento Esclarecido assinado: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ETAPA II: CHECAGEM PRE-OPERATORIA	
Paciente em jejum: A partir das: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Utiliza anticoagulante: Último horário: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Utiliza prótese dentária: Retirado: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Retirados Adornos: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Faz uso de marcapasso: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Realizado Higiene Corporal: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Realizado Tricotomia: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Alérgico a medicações: Se sim, Qual? _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Precedentes Cirúrgicos: Se sim, houve complicações? _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Demarcação da Lateralidade confirmada: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Assinatura do Condutor da LVCS	
FASE II: ADMISSÃO CIRURGICA <i>(deve ser preenchido no CC)</i>	
Data de Chegada ao CC: ___/___/___ Hora: _____	
Confirmação do Nome do Paciente: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Procedimento e Sítio Cirúrgico confirmado com paciente e equipe: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FASE III: ANTES DA INDUÇÃO ANESTESICA <i>(Conferir em Voz alta)</i>	
Anestesiologista confirma:	
Avaliação Pré-anestésica realizada:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
Avaliação cardiovascular realizada:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
O aparelho de anestesia, medicamentos e monitores estão conferidos e completos:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
O paciente possui risco de complicações das vias aéreas:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA

O paciente possui risco de aspiração:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
O paciente possui alergia. Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Faz uso de anticoagulante:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Há risco de perda sanguínea: >500ml, criança 7ml/Kg	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Necessita de reserva de hemocomponentes:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Material cirúrgico necessário ao procedimento em sala:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
A equipe de enfermagem confirma:	
A Esterilização (incluindo indicadores), equipamentos, revisados e montados:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
A Placa de eletrotermocautério posicionada no local correto:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

FASE IV: ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA <i>(conferir emVoz Alta com todo da equipe)</i>	
Todos os membros da equipe apresentaram-se pelo nome e função	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Nome do paciente e procedimento foram confirmados?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
A administração de antibiótico profilático foi realizado antes da incisão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Exames de imagem estão disponíveis no prontuário	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA
O cirurgião alerta:	
Se há aspectos críticos ou não rotineiros do paciente e/ou do procedimento	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
O anestesiológico alerta:	
Se o paciente tem algum problema específico que preocupe	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
A equipe de enfermagem confirma:	
A esterilização do instrumental (incluindo os resultados dos indicadores)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Se há falta de equipamentos e/ou de instrumental cirúrgico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

FASE V: FINAL DA CIRURGIA <i>(antes do paciente sair da sala)</i>	
Procedimento Realizado:	
Contagem de Instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas conferem:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Amostra para exames identificados corretamente (anatomia patológica/cultura):	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Equipes revisam manejo do paciente e transferência da SRPA:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

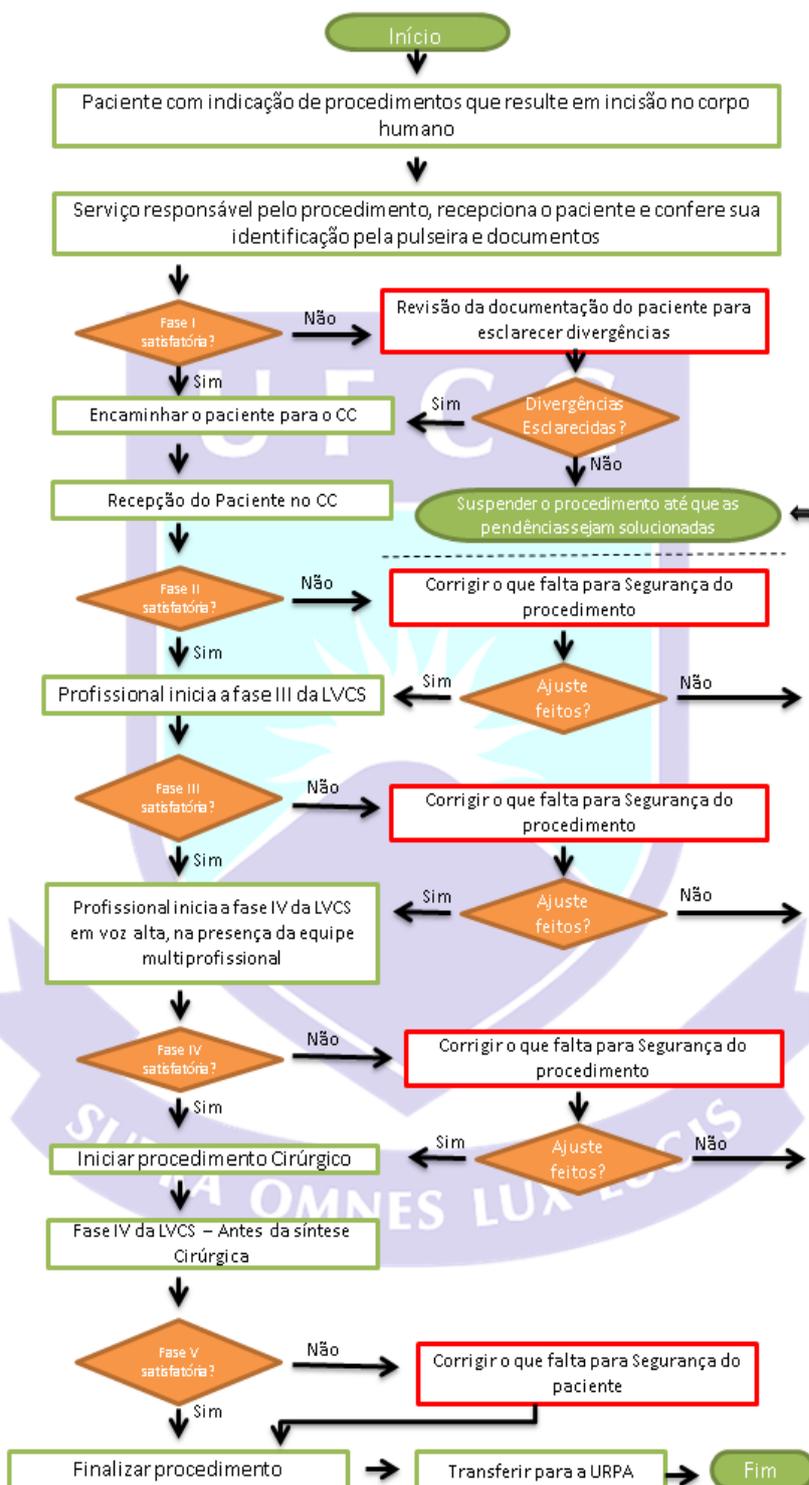
APÊNDICE II – FLUXOGRAMA DE APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA



FLUXOGRAMA DE APLICAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA (LVCS)



APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (TCE)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA



Termo de nº _____	TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO	SETOR: CENTRO CIRÚRGICO
-------------------	---	------------------------------------

O presente Termo de Consentimento esclarecido é um documento que com base na recomendação CFM Nº 1/2016, objetiva o esclarecimento ao paciente e/ou responsável legal, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pela equipe de profissionais prestadores de serviços no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIB).

Nome do Paciente: _____ RG: _____
Responsável legal (se necessário): _____ RG: _____
Nome do Médico: _____ CRM: _____
Procedimento Cirúrgico Proposto: _____
Data da realização: ____/____/____ Horário Programado para a Realização: ____:____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Fui comunicado dos Principais riscos cirúrgicos: _____

4. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
5. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos foram indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa.
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
8. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____
Cajazeiras-PB, ____ de ____ de ____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico: _____
Cajazeiras-PB, ____ de ____ de ____

APÊNDICE IV – TERMO DE RECUSA PARA CIRURGIA SEGURA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA



Termo de nº _____	TERMO DE RECUSA	SETOR: CENTRO CIRÚRGICO
-------------------	------------------------	--

O presente Termo de Recusa com base na recomendação do Conselho Federal de Medicina Nº 1/2016, objetiva especificar que foram realizados os devidos esclarecimentos ao paciente e/ou responsável legal, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico proposto pela equipe de profissionais prestadores de serviços no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIJB), porém não obteve consentimento do paciente e/ou responsável legal para dar prosseguimento ao ato cirúrgico.

Nome do Paciente: _____ RG: _____
Responsável legal (se necessário): _____ RG: _____
Nome do Médico: _____ CRM: _____
Procedimento Cirúrgico Proposto: _____
Data de Recusa: ____/____/____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Optei por não realizar o procedimento/cirurgia acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/cirurgia que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas.
4. Confirmando ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não realização do procedimento/cirurgia e usando dos direitos a que a lei me garante, **não autorizo a sua realização**, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidade da minha recusa.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____

Testemunha 1: _____ CPF: _____

Testemunha 2: _____ CPF: _____

Cajazeiras-PB, ____ de ____ de ____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido.

Assinatura do Médico: _____

Cajazeiras-PB, ____ de ____ de ____

APÊNDICE V – DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE



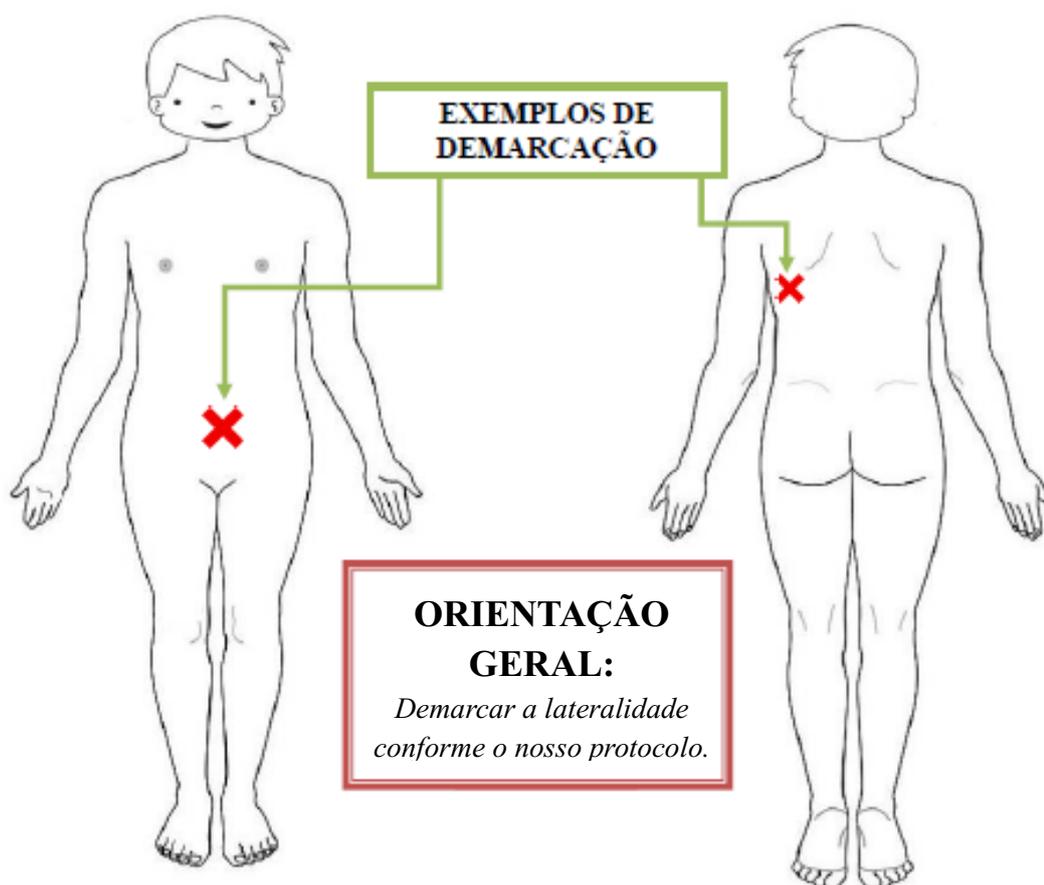
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA



O HUBJ INFORMA:

Atentem para **LATERALIZAÇÃO**.

Conforme o Protocolo de Cirurgia Segura do MS/ANVISA e o nosso “Checklist”, a demarcação deve ser realizada em forma de “X” na Enfermaria com a caneta específica.



FONTE: Google Imagens (desenhos adaptado)

OBSERVAÇÃO: Cirurgias na região perineal (ex: testículos), a demarcação deve ser feita na parte interna da coxa do lado do procedimento.

ANEXOS

ANEXO I – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
<p>(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)</p> <p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O local está demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiológico e da medicação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O paciente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, e equipamentos/assistência disponíveis</p> <p>Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 mL/kg para crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos: previstos</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p> <p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Prevenção de Eventos Críticos</p> <p>Para o Cirurgião:</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual a duração do caso?</p> <p><input type="checkbox"/> Qual a quantidade de perda de sangue prevista?</p> <p>Para o Anestesiológico:</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?</p> <p>Para a Equipe de Enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)?</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?</p> <p>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)</p> <p>O membro da equipe de enfermagem confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas</p> <p><input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos</p> <p>Para o Cirurgião, o Anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?</p>

Fonte: BRASIL,2013.

ANEXO II – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA DO HUSM



Protocolo de Serviço do Hospital Universitário de Santa Maria

Anexo 1 – Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS)



EBSER
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE - SVS2P



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

1 – Dados do paciente (deve ser preenchido antes de ser encaminhado ao BC)

Nome do paciente:		
Registro:	Unidade Proveniente:	Leito:
Pulseira de identificação () Sim	Prontuário conferido () Sim	
Exames de imagens impressos () Sim		
Avaliação pré-anestésica () Sim () Não	Avaliação Cardiológica () Sim () Não	
Precauções: () Não () Sim Qual?	Comunicado () Sim	
Data do Procedimento:	Hora de encaminhamento ao BC:	
Procedimento Proposto:		

2 – Checklist Pré-Cirúrgico (deve ser preenchido antes de ser encaminhado ao BC)

Paciente em jejum () Sim	A partir das:	
Utiliza anticoagulante () Não () Sim	Último horário:	
Demarcado () Não () Sim De acordo () Prontuário/Mapa () Paciente	Adornos Retirados () Sim	
Utiliza Prótese Dentária () Não () Sim	Retirada () Sim	
Higiene Corporal () Sim	Uso apenas de camisola () Sim	
<u>tricotomia</u>		
Alérgico a medicações () Não () Sim Qual:		
Responsável pelo checklist:		

3 – Recepção do paciente no BC

Nome do paciente:	
Data:	Hora:
() Procedimento e sítio cirúrgico confirmados com o paciente e equipe	
Procedimento Proposto:	
Responsável pela recepção:	

4 – Antes da indução anestésica – Antes da cirurgia

Consentimento cirúrgico	() Sim () Não () NA
Avaliação pré-anestésica	() Sim () Não () NA
Sítio cirúrgico demarcado	() Sim () Não () NA
Verificação do equipamento de anestesiologia e medicação	() Sim () Não () NA
Risco de complicações das vias aéreas	() Sim () Não () NA
Risco de aspiração: previsão de equipamentos e assistência disponíveis	() Sim () Não () NA
O paciente possui alergia. Qual?	() Sim () Não
Faz uso de anticoagulante?	() Sim () Não () NA
Risco de perda sanguínea: adulto > 500ml, criança 7ml/kg	() Sim () Não () NA
Reserva de hemocomponentes	() Sim () Não () NA
Exames de imagem disponíveis	() Sim () Não () NA
Material cirúrgico necessário ao procedimento em sala	() Sim () Não
Revisão da equipe de enfermagem: esterilização (incluindo indicadores), equipamentos, revisados e montados	() Sim () Não
Placa de eletrocautério. Local?	() Sim () Não () NA
Profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?	() Sim () Não

5 – Final da cirurgia – Antes do paciente sair da sala

Procedimento realizado:	
Contagem de instrumental cirúrgico, compressas e agulhas	() Sim () Não () NA
Amostras para exames identificadas corretamente (anatomia patológica/cultura)	() Sim () Não () NA
Equipes revisam manejo do paciente e transferência da SRPA	() Sim () Não () NA
Responsável pela realização da LVCS:	

Legenda: NA: não se aplica

ANEXO III – ETAPAS DE VERIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGURA DO HOSPITAL SÃO PAULO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP

 ETAPAS DE VERIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGURA HOSPITAL SÃO PAULO HU da UNIFESP		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nome:</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>RH.:</td> <td>Data Nasc.:</td> </tr> <tr> <td>Unidade:</td> <td>Leito:</td> </tr> <tr> <td>Procedimento:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Data:</td> <td></td> </tr> </table>	Nome:		RH.:	Data Nasc.:	Unidade:	Leito:	Procedimento:		Data:	
Nome:												
RH.:	Data Nasc.:											
Unidade:	Leito:											
Procedimento:												
Data:												
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO DA PELE	ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA DE OPERAÇÃO										
<p>Confirmação verbal (pelo circulante): Do paciente (identificação / pulsação): <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. Do procedimento: <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Foram preenchidos no ambulatório ou na enfermaria: O Termo de Consentimento da Cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. O Termo de Consentimento da Anestesia? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não se aplica. A Ficha de Avaliação Pré Anestésica? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não se aplica.</p> <p>O sítio cirúrgico / lateralidade está demarcado? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não se aplica.</p> <p>O aparelho de anestesia, medicamentos e monitores estão conferidos e completos? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>O oxímetro de pulso está instalado no paciente e funcionando? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>O paciente tem: Alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Sim → a que? _____ <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Sim, e os equipamentos estão disponíveis. <input type="checkbox"/> Sim, e os equipamentos não estão disponíveis. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Risco de perda de sangue > 500mL (ou > 7mL/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Sim, e há boas veias de acesso e planejamento de reposição de derivados de sangue. <input type="checkbox"/> Sim, mas não há boas veias de acesso e/ou planejamento de reposição de derivados de sangue. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Iniciou a administração do antibiótico profilático? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não se aplica.</p> <p>Circulante: Anesiesista:</p>	<p>Confirmação verbal (pelo circulante): Todos os membros da equipe apresentaram-se pelo nome e função? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>O nome do paciente, o procedimento e o local da incisão foram confirmados? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>A administração do antibiótico profilático foi realizada antes da incisão? <input type="checkbox"/> Sim, até 30 min. antes da incisão. <input type="checkbox"/> Não. Foi realizada durante ou após a incisão. <input type="checkbox"/> Não foi realizada. <input type="checkbox"/> Não se aplica.</p> <p>Os exames de imagem essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não se aplica.</p> <p>Antecipação de eventos críticos O cirurgião confirma verbalmente: Se há aspectos críticos ou não rotineiros do paciente e/ou do procedimento? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. O tempo previsto do procedimento? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>O anestesista confirma verbalmente: Se o paciente tem algum problema específico que preocupa? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>A circulante e/ou instrumentador confirmam verbalmente: A esterilização do instrumental (incluindo os resultados dos marcadores)? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Se há falta de equipamentos e/ou de instrumental cirúrgico? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Circulante: Anestesista: Cirurgião:</p>	<p>Confirmação verbal e conferência (pelo circulante): Do nome do procedimento realizado: <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Da contagem de: • compressas e agulhas: <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. • instrumental cirúrgico: <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. (em caso de discordância ou dúvida, se alisar radioscopia/RX).</p> <p>Houve qualquer problema relacionado aos equipamentos, material, e/ou instrumental cirúrgico ou anestésico? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim → DESCREVER: _____ _____ _____</p> <p>As amostras de materiais para exames (anatomia patológica ou qualquer outro) estão identificadas (material, paciente, RH e data) e têm a confirmação do nº de amostras? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não se aplica.</p> <p>O cirurgião conferiu as amostras e o pedido? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não se aplica.</p> <p>O anestesista, o cirurgião e a enfermeira/circulante identificam: Os principais aspectos críticos na recuperação ou tratamento deste paciente no pós-operatório? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Houve indicação de administrar segunda dose do antibiótico profilático durante o intra-operatório? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. Se Sim, foi realizada no tempo previsto? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Circulante: Anestesista: Cirurgião:</p>										
Junho/2016												

Fonte: HSP, 2016.

ANEXO III –TERMO DE ANUÊNCIA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELLO - UFCG

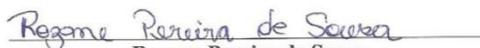
TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Coordenação de Ensino, Pesquisa e extensão do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello – HUJB/UFCG está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**, coordenado pelo (a) pesquisador (a) Eliane de Sousa Leita, da Universidade Federal de Campina Grande.

O HUJB/UFCG assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa, **condicionado à aprovação e emissão** do parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso do (a) pesquisador (a) responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, direta ou indiretamente.

Cajazeiras, 25 de Julho de 2017


Rozane Pereira de Sousa

Coordenação de Ensino, Pesquisa e extensão - HUJB/UFCG