

FACULDADE DA CIDADE DE MACEÓ  
CURSO DE ENFERMAGEM  
CORRDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

KASANDRA DAYANE VIEIRA ROSALINO

**IMPORTÂNCIA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA NO CENTRO  
CIRÚRGICO: UM INSTRUMENTO DE TRABALHO PARA ENFERMAGEM**

Maceió  
2021

KASANDRA DAYANE VIEIRA ROSALINO

**IMPORTÂNCIA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA NO CENTRO  
CIRÚRGICO: UM INSTRUMENTO DE TRABALHO PARA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada por Nome Kasandra Dayane Vieira Rosalino ao curso de Enfermagem da Faculdade da Cidade de Maceió – FACIMA como exigência à obtenção do título de bacharel em enfermagem, sob a orientação do Prof. Karla de Amorim Albuquerque de Mesquita.

Maceió  
2021

KASANDRA DAYANE VIEIRA ROSALINO

**IMPORTÂNCIA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA NO CENTRO  
CIRÚRGICO: UM INSTRUMENTO DE TRABALHO PARA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao CURSO DE ENFERMAGEM da Faculdade da Cidade de Maceió  
– FACIMA, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**COMISSÃO JULGADORA:**

---

**Profa. Karla de Amorim Albuquerque de Mesquita.**  
**Curso de Enfermagem**  
**Presidente / Orientadora**

---

**Profa. Larissa Tabosa**  
**Curso de Enfermagem**  
**Examinadora**

---

**Prof. Carlos Queiroz**  
**Curso de Enfermagem**  
**Examinador Interno**

### **Dedicatória**

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, que sempre esteve do meu lado e me ajudou chegar até aqui, segundo ao meu pai e minha mãe que sempre me incentivou e acreditou em mim e por sempre me guiarem, e ao meu esposo que sempre esteve do meu lado.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os  
enfermos.  
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do  
sofrimento.  
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos  
de ajuda.  
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.  
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.  
Escolhi ser Enfermeira porque Amo e respeito a vida!!!”  
*Florence Nightingale*

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo descrever a atuação do enfermeiro na implantação e manutenção da prática do *checklist* cirurgia segura. Os cuidados de enfermagem são de extrema importância para se manter o bem-estar dos pacientes, principalmente, tratando-se do período pré-operatório, pois tal situação pode elevar os níveis de estresse e ansiedade, podendo causar complicações em seu estado de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004 a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” com o objetivo de prevenir as infecções de sítio cirúrgico, promover um ato anestésico seguro, criar equipes cirúrgicas que trabalhem de forma segura e que utilizem indicadores de assistência cirúrgica no intuito de minimizar danos aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. E pelo fato do enfermeiro ser um dos profissionais responsáveis por inserir novos protocolos nas instituições de saúde, a implantação e implementação da prática estabelecida pela OMS, quanto à segurança do paciente acaba sendo um desafio para a enfermagem fazendo necessário estar atento ao planejamento, organização e estratégias para envolver toda a equipe, afim de que todos entendam a importância e os benefícios desta ferramenta. Contudo o checklist cirurgia segura não se trata de uma ferramenta exclusiva da enfermagem, de forma que a equipe multidisciplinar deve se mostrar disposta a participar dos programas de treinamentos no intuito de desempenharem seu trabalho com maior segurança possível. Percebe-se que há certa dificuldade na implantação do checklist cirurgia segura, principalmente quando se refere à aceitação da equipe cirúrgica, onde os profissionais alegam estarem perdendo tempo durante a verificação, portanto cabe ao enfermeiro estar trabalhando junto a sua equipe mostrando sua importância para que venham perceber os benefícios do mesmo ao qual tem sido de fundamental importância para que se tenha um procedimento cirúrgico mais seguro. A comunicação é essencial para o bom andamento do procedimento e o checklist faz com que isso ocorra da melhor maneira possível.

**Palavras-chave:** Cirurgia segura. Enfermagem em centro cirúrgico. Protocolo de cirurgia segura.

## **ABSTRACT**

This study aimed to describe the role of nurses in implementation and maintenance of the practice of the safe surgery checklist. Nursing care is extremely important to maintain the well-being of patients, especially in the preoperative period, as this situation can raise levels of stress and anxiety, which can cause complications in your state of health. In 2004, the World Health Organization (WHO) launched the campaign “Safe Surgery Saves Lives” with the objective of preventing surgical site infections, promoting safe anesthesia, creating surgical teams that work safely and that use care indicators surgical procedure in order to minimize damage to patients undergoing surgical procedures. And because the nurse is one of the professionals responsible for introducing new protocols in health institutions, the implementation and implementation of the practice established by the WHO, regarding patient safety ends up being a challenge for nursing, making it necessary to pay attention to planning, organization and strategies to involve the entire team, so that everyone understands the importance and benefits of this tool. However, the safe surgery checklist is not an exclusive nursing tool, so the multidisciplinary team must be willing to participate in training programs in order to perform their work with the greatest possible safety. It is noticed that there is some difficulty in implementing the safe surgery checklist, especially when it comes to the acceptance of the surgical team, where professionals claim to be wasting time during the verification, so it is up to the nurse to be working with their team, showing their importance so that come to realize the benefits of it, which has been of fundamental importance for having a safer surgical procedure. Communication is essential for the smooth running of the procedure and the checklist makes this happen in the best possible way.

**Keywords:** Safe surgery. Nursing in the operating room. Safe surgery protocol.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1. DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ALGUMAS INICIA.....	11
1.2 CIRURGIA SEGURA.....	14
1.3 CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	17
2.APLICAÇÃO DO CHECKLIST CIRURGIA SEGURA E O SEU BENEFÍCIO À ASSISTÊNCIA CIRURGICA.....	18
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO.....	21
2.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APLICABILIDADE DO <i>CHECKLIST</i> NO CENTRO CIRÚRGICO.....	22
3 SEGURANÇA DO PACIENTE E CIRURGIA SEGURA.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27





## INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços de saúde é um motivo de preocupação para a equipe multidisciplinar engajada na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Essa qualidade é de sua importância e vem ao encontro dos avanços técnico-científicos em na área hospitalar, que evoluem cada vez mais visando proporcionar a segurança do paciente através de competências e habilidades específicas de cada profissional, desenvolvendo suas atividades de maneira eficaz e segura (FASSINI; HAHN, 2012; MASSOCO, 2012; BATALHA, 2012).

Desde o século XIX, a inscrição em latim “Primum non nocere” traduzida como “Primeiramente, não cause danos”, tendo a segurança do paciente como prioridade é um dos critérios básicos para alcançar a qualidade assistencial dentro dos hospitais (WACHTER, 2013). Essa preocupação afeta os doentes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, acreditando que a equipe de saúde tem como “missão” principal a prestação de cuidados com excelência (VENDRAMINI, et al., 2010).

De acordo com dados da Joint Commission International (2010), um, em cada seis pacientes internados em hospitais, é vítima de algum tipo de erro ou evento adverso, que na maioria das circunstâncias são passíveis de medidas de prevenção. As questões de segurança afetam a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Além disso, a preocupação com a qualidade dos serviços, a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde é motivo de busca de melhores práticas para atender o mercado competitivo e clientes mais esclarecidos de seus direitos (JERICÓ; PERROCA; PENHA, 2011).

Runciman et al. (200) consideram erro como uma falha para realizar uma ação planejada como pretendido ou aplicação de um plano incorreto em qualquer fase de planejamento ou execução. Os mesmos autores definem evento como algo que envolve ou acontece com um paciente, é um agente, uma substância, objeto ou sistema que funciona para produzir a mudança. Os autores Capucho, Branquinho e Reis (2010) definem evento como algo que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetam a segurança de pacientes, usuários ou outros. Pode ou não causar dano, assim como contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente.

Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou uma série de manuais para orientar as instituições de saúde na implementação de práticas seguras nos ambientes hospitalares. Neste material, encontra-se como definição de erro ou falhas nos sistemas de saúde:

“erro é uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução, por definição, não intencionais. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013, P.25)

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, que podem ser reduzidos quando analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos (CAPUCHO; BRANQUINHO; REIS, 2010). Cada instituição de saúde deverá buscar ferramentas que possam agregar ao cuidado prestado aos pacientes, a fim de que façam parte da cultura de segurança do paciente. Portanto, a segurança deve ser reconhecida como ação estratégica essencial para a organização e ser motivo de preocupação dos profissionais de saúde desde o momento da definição dos processos até o cuidado ao paciente propriamente dito (CRUZ; ALFONSO; PÉREZ, 2012).

No Brasil, no ano de 2013, através da Portaria nº 529, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, além de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde. Uma das estratégias adotadas neste programa foi a implementação da gestão de risco de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, visando envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente, ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, além de fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós -graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

A cada ano estima-se que 63 milhões de pessoas são submetidas a tratamentos cirúrgicos devido a injúrias traumáticas, outras 10 milhões de cirurgias são realizadas por complicações relacionadas à gravidez e mais 31 milhões para tratar malignidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A preocupação com a segurança do paciente em Centro Cirúrgico (CC) nasceu antes da descoberta da anestesia, em torno de 1801, porém, atualmente, os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde têm propiciado um aumento significativo no número de intervenções cirúrgicas ao redor do mundo. Cerca de 20 milhões de pessoas são submetidas a cirurgias anualmente, no entanto, muitas vezes, realizadas em condições inseguras interferido

na promoção e na recuperação da saúde dos pacientes (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011; WACHTER, 2013).

Neste contexto, cabe destacar que o risco de complicações cirúrgicas e os eventos adversos, em muitas partes do mundo, são subnotificados, mas estudos realizados em países industrializados têm mostrando uma taxa perioperatória de morte em cirurgia hospitalar de 0,4 a 0,8% e uma taxa de complicações graves de 3 a 17%. Estas taxas tendem a aumentar em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O processo de melhorar a segurança do paciente cirúrgico em algumas situações é trabalhado como modismo, pois algumas instituições aderem às normas de segurança do paciente apenas para não ficarem fora do círculo das demais instituições hospitalares, caracterizadas como importantes, ainda que trabalhar com segurança do paciente cirúrgico seja um processo complexo e desafiador. A qualidade do cuidado e segurança do paciente é responsabilidade da equipe multidisciplinar, assumindo papel de relevância, sendo reconhecida como a Era da Segurança compreendendo o dever legal, moral e profissional.

Frente ao exposto, faz-se necessário refletir sobre a importância da realização do Checklist da Cirurgia Segura como estratégia para assegurar a qualidade do cuidado prestado ao paciente cirúrgico, a fim de evitar que algum profissional cometa falhas, sendo que, quando essas ocorrem, na maioria das vezes, procura-se escondê-las, devido ao medo das ações punitivas, impossibilitando a análise crítica de suas origens. (JERICÓ; PERROCA; PENHA, 2010).

O Checklist de Cirurgia Segura é um protocolo que deve ser preenchido com o objetivo de confirmar com o paciente dados como o nome completo do mesmo, o nome do médico, a assinatura do termo de consentimento, o procedimento a ser submetido, a contra lateralidade, tempo de jejum, sinais vitais, uso e adornos, alergias, risco de aspiração ou dificuldade de via aérea, risco de perda sanguínea acentuada, entre outros (HAYNES et. Al., 2009).

Acredita-se que essa pesquisa contribua para que as organizações hospitalares e os profissionais de saúde tenham mais conhecimento da importância de processos assistenciais corretos, sob uma metodologia criteriosa, para dessa forma, garantir um ambiente seguro ao paciente e a eles mesmos, promovendo, assim excelência e qualidade e no cuidado ao paciente.

## 1. DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ALGUMAS INICIATIVAS

A segurança tem sido foco de iniciativas em instituições mundiais nos últimos anos, no entanto, ainda existem poucos estudos que respondam aos desafios à segurança do paciente. Atualmente, as questões relacionadas à segurança do paciente estão conquistando espaço nas pesquisas científicas, sendo que as equipes multiprofissionais e familiares estão preocupadas com a segurança dos seus pacientes, assim como são necessários mais estudos sobre o tema (MARCK; CASSIANI, 2005).

A segurança do paciente é um tema mundial que vem sendo resgatado em diversos países. A organização Mundial da Saúde (OMS) criou no ano de 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a ideia de coordenar ações de abrangência internacional e concentrar esforços para o enfrentamento do problema de segurança do paciente (DONALDSON, PHILIP, 2004).

O processo cirúrgico é definido como o tratamento da doença, lesão ou deformidade, com o objetivo de corrigir ou minimizar um problema físico. (KAWAMOTO, 1999). O processo histórico do centro cirúrgico e conseqüentemente da evolução cirúrgica funde-se ao processo bélico, pois diante dos feridos de guerra, as amputações eram os procedimentos cirúrgicos frequentemente realizados e conseqüentemente os mais complexos para o momento. Vale lembrar que a equipe cirúrgica era composta por cirurgiões barbeiros e suas assistentes que na escala evolutiva chamaríamos de enfermeiras. Em meados do século XIX, com a descoberta da anestesia, os procedimentos cirúrgicos começam a ficar mais audaciosos, permitindo o avanço tecnológico dessa área, que por sua vez nos últimos anos passou de processos manuais e simplórios, para o uso de computadores e robótica, como o caso do robô "*Da Vinci*" presente em 20 hospitais no Brasil, sendo apenas três disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS). (SOBECC, 2013).

Em 2004, dados epidemiológicos de 56 países demonstraram o volume anual de cirurgias de grande porte, as estimativas das cirurgias realizadas em local e paciente errado acontecem em cerca de um em 50.000 - 100.000 procedimentos. O tipo de ocorrência que acontece com frequência de cirurgias em local errado e em procedimentos que envolvem sítios anatômicos na qual possui lateralidade dupla ou órgãos duplos como: pulmões, mamas, rins, membros superiores e inferiores, costelas e falanges, entre outros, levando em consideração as taxas de mortalidade

e as complicações pós-cirurgias, sendo difícil comparar, visto que a variabilidade de casos é bastante diversificada, metades dos eventos adversos ocorrido poderiam ser evitados. Com a melhora do conhecimento e padronização básicos na assistência, o risco caiu para um em 200.000 nos países industrializados. (WEISER et al., 2008).

Diante dos dados, iniciou-se um movimento mundial com base na segurança do paciente, que inicialmente teve como lema a frase frequentemente utilizada pela saúde que era "antes de tudo, não cause danos". Nessa mesma década ocorreu a publicação de um trabalho científico intitulado "*Toerris human: building a safer health system*" (Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro) que denunciava erros no cuidado a saúde, informando inclusive a falta de segurança ao qual o paciente está exposto ao realizar qualquer procedimento médico. Tal publicação repercutiu de forma unânime na população mundial, culminando na 55ª Assembleia de Saúde ao qual estimulou os membros da OMS a direcionarem atenção para questões relacionadas à segurança do paciente. (SOBECC, 2013).

Neste mesmo ano de 2004 a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo como objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para melhoria da segurança na assistência a saúde e também apoiar os estados membros no desenvolvimento de políticas públicas com o intuito de promover boas práticas assistenciais. A Aliança organiza a cada dois anos um novo desafio para fomentar o comprometimento global, destacando assim temas direcionados para uma área de risco, identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS. (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

Em 2005-2006 foi lançado o primeiro Desafio Global, focando nas infecções relacionadas assistência à saúde (IRAS), envolvendo cinco procedimentos, sendo eles: higienização das mãos, procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros, segurança do sangue e de hemoderivados, administração segura de injetáveis e de imunobiológicos, segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos. (SANTOS; BRAGA; GONÇALVES, 2013)

A aliança mundial para a segurança do paciente elaborou programas e diretrizes que visavam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde. Diante disso a aliança propôs dez metas para serem implementadas pelas organizações dos próprios países, apoiadas e publicadas pelo Conselho Federal de Enfermagem

(COFEN), as metas foram elaboradas com base científica e procurando apresentá-las de forma objetiva e prática, sendo estes:

1. Identificação do paciente;
2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos;
3. Cateteres e sondas: conexões corretas;
4. Cirurgia segura;
5. Sangue e hemocomponentes: administração segura;
6. Paciente envolvido com sua própria segurança;
7. Comunicação efetiva;
8. Prevenção de queda;
9. Prevenção de úlcera por pressão e
10. Segurança na utilização de tecnologia. (COREN SP, 2010 pg.5)

O segundo Desafio Global lançado em 2007-2008 estabeleceu o foco na melhoria da segurança no ambiente cirúrgico que dirige atenção para os fundamentos e prática de segurança cirúrgica, que são componentes essenciais da assistência à saúde. No entanto, continua a necessidade de investir em melhorias e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, que resulte progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis. Diante disso, o objetivo principal deste desafio é aumentar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico por meio de quatro ações importantes, sendo a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica. Com bases nessas ações, os países membros da OMS iniciaram a campanha Cirurgia Segura que usam o *slogan* “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, incentivando os hospitais a adesão de uma lista de verificação padronizada, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. (MOTTA FILHO et al., 2013).

Em 2009 o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização PanAmericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), publicou o Manual de Implementação de Medidas para o projeto Segurança do Paciente “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que serve como um guia para todas as instituições de saúde brasileiras, para que sejam implantadas medidas preventivas que assegure uma assistência cirúrgica de qualidade.(BRASIL, 2009) O programa Cirurgia Segura foi guiado por três princípios, sendo primeiro a simplicidade, pois uma lista exaustiva de padrões e orientações poderia criar um fardo que melhoraria a segurança do paciente, porém seria de difícil compreensão e implementação; segundo sua ampla aplicabilidade, sendo viável em todos os ambientes e cenários; terceiro a possibilidade de mensuração, sendo um componente chave do desafio global para a segurança do paciente. (ELIAS et al., 2015).

## 1.2 CIRURGIA SEGURA

O processo cirúrgico é definido como o tratamento da doença, lesão ou deformidade, com o objetivo de corrigir ou minimizar um problema físico. (KAWAMOTO, 1999). O processo histórico do centro cirúrgico e conseqüentemente da evolução cirúrgica funde-se ao processo bélico, pois diante dos feridos de guerra, as amputações eram os procedimentos cirúrgicos frequentemente realizados e conseqüentemente os mais complexos para o momento.

Vale lembrar que a equipe cirúrgica era composta por cirurgiões barbeiros e suas assistentes que na escala evolutiva chamaríamos de enfermeiras. Em meados do século XIX, com a descoberta da anestesia, os procedimentos cirúrgicos começam a ficar mais audaciosos, permitindo o avanço tecnológico dessa área, que por sua vez nos últimos anos passou de processos manuais e simplórios, para o uso de computadores e robótica, como o caso do robô "*Da Vinci*" presente em 20 hospitais no Brasil, sendo apenas três disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS). (SOBECC, 2013)

Em 2004, dados epidemiológicos de 56 países demonstraram o volume anual de cirurgias de grande porte, as estimativas das cirurgias realizadas em local e paciente errado acontecem em cerca de um em 50.000 - 100.000 procedimentos. O tipo de ocorrência que acontece com frequência de cirurgias em local errado e em procedimentos que envolvem sítios anatômicos na qual possui lateralidade dupla ou órgãos duplos como: pulmões, mamas, rins, membros superiores e inferiores, costelas e falanges, entre outros, levando em consideração as taxas de mortalidade e as complicações pós-cirurgias, sendo difícil comparar, visto que a variabilidade de casos é bastante diversificada, metades dos eventos adversos ocorrido poderiam ser evitados. Com a melhora do conhecimento e padronização básicos na assistência, o risco caiu para um em 200.000 nos países industrializados. (WEISER et al., 2008)

Diante dos dados, iniciou-se um movimento mundial com base na segurança do paciente, que inicialmente teve como lema a frase frequentemente utilizada pela saúde que era "antes de tudo, não cause danos". Nessa mesma década ocorreu a publicação de um trabalho científico intitulado "*To err is human: building a safer health system*" (Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro) que denunciava erros no cuidado a saúde, informando inclusive a falta de segurança ao



qual o paciente está exposto ao realizar qualquer procedimento médico. Tal publicação repercutiu de forma unânime na população mundial, culminando na 55ª Assembleia de Saúde ao qual estimulou os membros da OMS a direcionarem atenção para questões relacionadas à segurança do paciente. (SOBECC, 2013).

Neste mesmo ano de 2004 a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo como objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para melhoria da segurança na assistência à saúde e também apoiar os estados membros no desenvolvimento de políticas públicas com o intuito de promover boas práticas assistenciais. A Aliança organiza a cada dois anos um novo desafio para fomentar o comprometimento global, destacando assim temas direcionados para uma área de risco, identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS. (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014)

Em 2005-2006 foi lançado o primeiro Desafio Global, focando nas infecções relacionadas assistência à saúde (IRAS), envolvendo cinco procedimentos, sendo eles: higienização das mãos, procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros, segurança do sangue e de hemoderivados, administração segura de injetáveis e de imunobiológicos, segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos.(SANTOS; BRAGA; GONÇALVES, 2013).

A aliança mundial para a segurança do paciente elaborou programas e diretrizes que visavam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde. Diante disso a aliança propôs dez metas para serem implementadas pelas organizações dos próprios países, apoiadas e publicadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), as metas foram elaboradas com base científica e procurando apresentá-la de forma objetiva e prática, sendo estes:

1. Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas: conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes: administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de úlcera por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologia. (COREN SP, 2010 pg.5)

O segundo Desafio Global lançado em 2007-2008 estabeleceu o foco na melhoria da segurança no ambiente cirúrgico que dirige atenção para os fundamentos e prática de segurança cirúrgica, que são componentes essenciais da

assistência à saúde. No entanto, continua a necessidade de investir em melhorias e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, que resulte progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis. Diante disso, o objetivo principal deste desafio é aumentar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico por meio de quatro ações importantes, sendo a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica. Com bases nessas ações, os países membros da OMS iniciaram a campanha Cirurgia Segura que usam o *slogan* “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, incentivando os hospitais a adesão de uma lista de verificação padronizada, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. (MOTTA FILHO et al., 2013).

### **1.3 CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL**

Nos últimos anos, impulsionados pelos movimentos mundiais, têm sido surgindo vários estudos sobre a segurança do paciente no Brasil, abrangendo as áreas de medicamentos, gerenciamento de risco, eventos adversos e carga de trabalho, entre outros. No entanto, na área de centro cirúrgico, ainda existem poucos estudos.

No ano de 2001, com o apoio da ANVISA, foi criado o Projeto de Hospitais Sentinela com o intuito de ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

No Brasil em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a iniciativa partiu da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com a intenção de disseminar a cultura de segurança do paciente para as instituições, trabalhadores e familiares de pacientes (BATALHA, 2012).

No dia 01 de abril de 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes área da atenção, organização e serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde envolvendo os paciente e familiares nas ações de segurança, ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente. Produzindo, sistematizando e difundindo conhecimentos sobre segurança do paciente, além de

fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

A resolução 529/2013 que apresenta o PNSP instituiu o Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), com a finalidade de promover ações que visem à melhoria de segurança do cuidado em saúde, através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Ao CIPNSP compete propor e validar ações de segurança, protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas tais como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras, por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais; além de aprovar o Documento de Referência do PNSP; incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente; propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente, analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria; recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente; avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministério de Estado da Saúde (BRASIL, 2013a).

Estratégias voltadas para a segurança do paciente tem sido desenvolvida por unidades hospitalares brasileiras em vias de acreditação, seja Internacional (JCI) ou Nacional (ONA), a fim desenvolver estratégias para dar conformidade aos padrões de qualidade e segurança preconizados. Os hospitais trabalham para a certificação, buscando promover um serviço de saúde de controle maior dos riscos clínicos e não clínicos, e uma maior qualidade dos serviços prestados, pois precisam demonstrar conformidade com as metas internacionais de segurança do paciente, além dos outros padrões constantes do Manual de Padrões de acreditação da JCI para Hospitais (JCI, 2012; ONA, 2012).

## **2. APLICAÇÃO DO CHECKLIST CIRURGIA SEGURA E O SEU BENEFÍCIO À ASSISTÊNCIA CIRURGICA**

O checklist cirurgia segura é um instrumento de uso multiprofissional, onde orienta-se que uma pessoa seja responsável pela aplicação, o enfermeiro é o profissional mais indicado para orientar a checagem, mas qualquer profissional que

participe do procedimento cirúrgico pode ser o coordenador responsável pelo checklist cirurgia segura, sendo este profissional deve ter plena autoridade sobre o procedimento cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, se julgar insatisfatório algum item do checklist cirurgia segura, considerando que essa interrupção pode incorrer em desgaste perante a equipe. (PORTO, 2014).

A OMS elaborou uma (lista de verificação) checklist cirurgia segura para ser aplicado em três momentos cirúrgicos, sendo elas: Identificação ou Sign in (antes da indução anestésica), Confirmação ou Timeout (antes da incisão cirúrgica) e Registro ou Sign out (antes do paciente sair da sala cirúrgica). (PANCIERI et al., 2013)

No período transoperatório, porém antes da indução anestésica, deve-se obter o Termo de Consentimento Informado (TCI), confirmando a identificação do paciente, o procedimento cirúrgico a ser realizado, o local do sítio cirúrgico, verificando a integridade do equipamento anestésico e disponibilidade de medicamentos para emergência e preparar adequadamente todas as etapas. Antes da incisão cirúrgica é indispensável à prescrição e administração de antibióticos, disponibilizando exames de imagem, monitorando o paciente de maneira apropriada, trabalhando de forma eficiente e em equipe. Durante o ato cirúrgico, deve se utilizar técnicas seguras, mantendo uma boa comunicação entre cirurgiões, anestesiolegista e enfermeiros. Antes de o paciente sair de sala cirúrgica é essencial que se faça um planejamento de assistência, com compreensão dos eventos que ocorreram no transoperatório mantendo monitorização contínua de qualidade. (SOBECC, 2013).

Uso do checklist visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe, favorecendo a integração e interação dos profissionais, facilitando a comunicação interpessoal e com isso o resulta em uma assistência de qualidade ao paciente cirúrgico. (PANCIERI et al., 2013.) Todas as informações relativas à identificação do paciente, localização do procedimento a ser realizado, teste de equipamentos, administração de antibioticoterapico profilaxia, pré anestésico e quantidade de compressa abertas devem ser verificadas de maneira verbal.

A implementação do checklist cirurgia segura é um processo complexo, requer uma avaliação cuidadosa e a compreensão da equipe cirúrgica. A efetivação do checklist é de baixo custo, resumindo-se na reprodução e distribuição do instrumento, estima-se que é necessário um tempo de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação. (ARAUJO; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com Nishimura et al. (2014), o checklist é um instrumento importante que deve ser adotado em todos os hospitais, pois o mesmo proporciona grandes benefícios no processo de assistência, diminuindo os índices de morbidade e mortalidade, melhoria no tratamento cirúrgico, prevenção de infecções e eventos adversos. Para os profissionais da saúde traz maior segurança e eficácia dos procedimentos realizados, aumento da qualificação profissional, valorização no mercado de trabalho, já para a instituição hospitalar pode resultar em elevação da confiança na instituição, aumento de novos clientes e fidelização, aumento da qualidade e desempenho dos serviços prestados.

De acordo com Brasil (2009), para que ocorra de maneira planejada é necessário seguir dez objetivos esperados, visto que na assistência cirúrgica é complexa e exige várias etapas que devem ser otimizadas para minimizar a perda desnecessária e evitar complicações sérias no decorrer do procedimento cirúrgico. Optou-se por utilizar o manual citado no decorrer do trabalho devido poucas referências do estudo sobre o checklist, onde desta forma o mesmo estará oportunizando uma melhor compreensão ao leitor. (BRASIL, 2009)

Um estudo realizado em 2005 pela Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde analisaram 126 casos de cirurgias em sítio ou paciente incorreto, das quais revelaram que 76% dos procedimentos foram realizadas no local errado, 13% em paciente errado, e 11% envolveram o procedimento errado. Segundo a OMS em uma entrevista realizada com 1.050 cirurgiões 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado. A eliminação do local errado, paciente errado e procedimento errado tem sido uma meta da Comissão Conjunta desde 2000.

O tipo de ocorrência que acontece com mais frequência em local errado é em procedimentos que envolvem sítios anatômicos na qual possui dupla lateralidade ou órgãos duplos como: pulmões, mamas, rins, membros superiores e inferiores, costelas e falanges, entre outros. Para tanto se faz necessário que o enfermeiro venha checar o local a ser feito a cirurgia, afim de que procedimento ocorra no paciente e local correto. (BRASIL, 2009, p. 26)

Estimativa demonstra que a taxa de mortalidade por anestesiologia é algo problemático, todavia não há concordância quanto à definição correta de mortalidade anestésica. Por isso há razões para se acreditar que os riscos relacionados anestésias tiveram uma diminuição significativa, devidos às melhorias

no treinamento, equipamento e medicamentos, além de a introdução de padrões e protocolos. As mortalidades associadas à anestesiologia, em países em desenvolvimento estão relacionadas a duas causas, sendo os problemas nas vias aéreas e anestesiologia na presença de hipovolemia. Observa-se que a utilização de métodos conhecidos é um benefício importante para prevenção de dano pela administração de anestésicos e ao mesmo tempo impedir que o paciente sinta dor. (BRASIL, 2009, p. 33).

A asseguuração das vias aéreas de um paciente submetido à anestesiologia geral é o evento isolado, porém crítico durante a indução anestésica deve reconhecer e resolver os problemas das vias aéreas e da ventilação, que comprometem a oxigenação do paciente. Haja vista importância do exame físico e uma anamnese minuciosa que permite a identificação precoce de alguns fatores pré-existentes, o reconhecimento durante uma fase pré-anestésica é primordial, porque poderá antecipar algumas situações e proporcionar um planejamento apropriado para tal situação. Contudo é de fundamental importância que a equipe esteja preparada para risco no manuseio de vias aéreas ou perda da função respiratória para que em casos de alguma intercorrência afim de que o paciente tem uma assistência de qualidade durante o processo cirúrgico. (BRASIL, 2009, p. 57)

## **2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO**

Os hospitais não são lugares tão seguros como imaginamos. Pacientes submetidos a intervenção cirúrgica estão pré-dispostos a complicações e óbito, considerando que um, em cada 150 pacientes internados, morre em consequência de algum evento adverso e quase dois terços dos eventos adversos estão associados ao cuidado hospitalar (HAYNES et., 2009; WEISER et al.; 2010).

O Checklist foi aplicado primeiramente na aviação na década de 1930 para resolver o erro humano, depois foi estendido para as indústrias e instituições de saúde, sendo adaptado de acordo com cada realidade (VRIEIS, HOLLMANN, SMORENBURG, et al, 2009). Para a criação e implementação de um Checklist é importante avaliar o formato, o tempo para ser aplicado, realizar a experimentação e ter um feedback. A criação do Checklist precisar estar embasada em evidencias, sendo abordado itens de segurança que alguns momentos passassem despercebidos (EALKER, RESHAMWALLA, WILSON, 2012).

O Checklist da cirurgia segura contempla 19 itens da segurança cirúrgica que foram divididos em três etapas sendo elas: Identificação (antes da indução anestésica) Confirmação (antes da incisão cirúrgica – pausa cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e registros (antes de o paciente sair da sala cirúrgica) A OMS julga ser importante, pois melhorou o processo de atendimento e foi associado com um terço de redução de complicações nas cirurgias de pacientes adultos (PANCIERI et. Al.; 2013).

Desde a criação e implementação do Checklist de cirurgia segura o seu uso tornou – se mais generalista, visando reduzir complicações pós-operatórias e mortalidades, porem surgiram dúvidas sobre a implementação e o impacto referente à segurança (FOURCADE et al.; 2012).

A OMS criou os dez passos para a cirurgia segura relacionada à cirurgia no sitio correto, anestesia segura, assegurar que não ocorra problemas das vias respiratórias, controle de hemorragias, atentar para alergias, reduzir o risco de infecção do sitio cirúrgico, prevenir a retenção de compressas e instrumentais cirúrgicos, identificar corretamente os espécimes de anatomopatologias, promover uma comunicação eficaz com as equipes, vigiar os resultados cirúrgicos (WALKER, RESHAMWALLA, WILSON, 2012).

O Checklist da cirurgia segura da OMS foi projetado, para utilizar nas salas cirúrgicas como rotina institucional, e existem mais de 4.000 hospitais em 122 países que se cadastraram como usuários dos checklist da OMS representado mais de 90% da população geral.

## **2.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APLICABILIDADE DO *CHECKLIST* NO CENTRO CIRÚRGICO**

De acordo com a Resolução nº 358/2009, do (COFEN), todas as instituições de saúde, públicos ou privados onde se realiza cuidado de enfermagem, deverão ter com ferramenta de trabalho a SAE. (BRASIL, 2009).

Essa ferramenta por sua vez denominada SAE, trabalha-se a seguinte sequência de atendimento, avaliação do histórico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem além do plano de alta. Todo esse processo tem como objetivo organizar e realizar cuidados, embasados nos princípios e métodos científicos, propostos pelas teorias do PE. (BRASIL, 2009).

Para Zanardo, Zanardo e Kaefer, (2011) a SAE vem sendo utilizada nas instituições de saúde como uma metodologia assistencial por meio do PE. O PE é parte integrante da SAE sendo considerada a base de sustentação e de vital importância para

aplicação da mesma, esses instrumentos são constituídos por fases que envolvem a identificação dos problemas de saúde, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a elaboração de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação. O PE foi descrito e socializado inicialmente por Wanda Aguiar Horta, buscando o aprimoramento científico, porém deixando com que a enfermagem caminhasse sem perder o aspecto humano, ressaltando o cuidado individualizado e sistematizado, a fim de garantir uma assistência de qualidade.

Dessa forma, no âmbito cirúrgico, a SAE recebe a nomenclatura, SAEP. Vale ressaltar que a SAEP foi proposta antes da resolução do COFEN nº 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem. A SAEP é um modelo assistencial de cuidados com o propósito de promover a assistência integral aos pacientes cirúrgicos nos períodos pré, trans e pós-operatório, sendo uma ferramenta de interação continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, além de proporcionar a participação da família do paciente e possibilitar a avaliação da assistência prestada. (FONSECA; PENICHE, 2008).

A implantação da SAEP resulta em inúmeros benefícios, tendo em vista que as ações de enfermagem estão voltadas à prevenção, conforto e segurança do paciente e equipe multiprofissional. Tal contribuição advirá do trabalho do enfermeiro, voltado para a identificação precoce e ao planejamento adequado de medidas que visem diminuir fatores de risco inerentes ao ambiente cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica, além do respaldo ético e legal em situações que requeiram comprovação e registro. (MONTEIRO, et al., 2014).

Mesmo com a implantação da SAEP, na qual possui como principal objetivo a assistência segura, observou-se através de dados que outro instrumento multiprofissional pudesse aperfeiçoar os cuidados cirúrgicos, e através da “Aliança Mundial para segurança do paciente” e com os desafios propostos pela OMS, fora possível identificar o instrumento que complementaria a atuação qualitativa da SAEP. Dessa forma entende-se que o enfermeiro pode ser um dos profissionais chaves para a implementação e manutenção da política de qualidade, mas especificadamente o *checklist*. (SOBECC, 2013).



O enfermeiro é o principal responsável para implantação de estratégias que visam melhoria no ambiente hospitalar, sendo necessário que o mesmo tenha conhecimento de toda a área de trabalho, assim como as causas e efeitos que poderão contribuir para o crescimento da unidade. Sendo necessário, identificar e analisar estratégias para garantir a segurança do paciente, buscando gerenciar e desenvolver um cuidado ético e fundamentado na cultura de segurança. Dessa forma o enfermeiro torna-se um dos pilares de sustentação na implantação do *checklist* cirurgia segura. (OLIVEIRA JUNIOR, 2015).

Apesar das importantes contribuições obtidas com o *checklist* cirurgia segura, a dificuldade na adesão desta ferramenta bem como as dificuldades frente ao cumprimento dos protocolos de aplicação do *checklist* da cirurgia segura, os profissionais até reconhecem os benefícios, porém, referem ter dificuldades para o preenchimento, pouca aceitação dos mesmos, principalmente pela necessidade de agilizar o processo e encaminhar rapidamente o paciente à sala de cirurgia. Por falta de conhecimento, resistência da equipe e pelo desperdício de tempo considerado pela maioria dos profissionais. Vale ressaltar que a busca por melhoria na qualidade e redução nas complicações cirúrgicas requer que esforços adicionais sejam feitos, no sentido de disseminar a cultura de segurança nas instituições e envolver os profissionais na busca pela adoção de boas práticas nos serviços de saúde. (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015).

O *checklist* cirurgia segura deve ser aplicado em todos os estabelecimentos de saúde onde se realiza procedimentos cirúrgicos, a manutenção deste protocolo poderá e deve ser reformulada, reordenada ou revisada para acomodar à prática local, garantindo a conclusão dos passos críticos de segurança de uma maneira eficiente, podendo assim ser ajustado à realidade de cada localidade e instituição onde realiza procedimentos cirúrgicos. (OLIVEIRA JUNIOR, 2015).

Aplicar o *checklist* requer do enfermeiro conhecimento de como realizá-lo em todas as etapas. Faz-se necessário conseguir envolver toda a equipe durante a checagem, para que todos respeitem cada um dos itens do *checklist* e tenham consciência de que é preciso fazer e não apenas simular que se faz, enfatizando a responsabilidade de cada integrante da equipe quanto à comunicação estabelecida durante o procedimento anestésico-cirúrgico, salientando a ética profissional para o bom andamento do procedimento cirúrgico. Além do envolvimento de toda a equipe, o enfermeiro deverá sensibilizar e motivar a equipe multiprofissional para a sua

adesão, flexibilizar e adaptar às mudanças as quais serão necessários para aperfeiçoamento deste instrumento. (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

### **3 SEGURANÇA DO PACIENTE E CIRURGIA SEGURA**

Segurança do paciente corresponde à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, é o ato de evitar, prevenir e/ou melhorar as consequências relacionados à ocorrência de eventos adversos originados em decorrência da assistência de saúde. Este assunto vem ganhando espaço nas instituições, por meio de pesquisas, ampliando-a para uma cultura de segurança, imprescindível para ser trabalhado dentro das instituições e deve estar presente na cultura dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013; RIGOBELLO et al, 2012)

A segurança do paciente tem sido um tema bastante debatido e estudado na atualidade. Porém no passado pensava-se apenas na qualidade da assistência vendo-a separadamente da segurança, esquecendo-se que ambas constituem um mesmo conceito (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009)

No século XX iniciaram-se movimentos em luta pela segurança do paciente, a partir da publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América (EUA) que apresentou os resultados de vários estudos, os quais revelaram a difícil situação de assistência à saúde do país. Os dados apontaram que entre as 33,6 milhões de internações, destas aproximadamente 44 a 98 mil pacientes morreram em consequência de eventos adversos (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

Com isto em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o programa denominado Aliança Mundial para Segurança do Paciente, o qual propõe diretrizes e estratégias que visam sensibilizar, divulgar e mobilizar os profissionais de saúde e a população mundial para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente. A Aliança vem realizando ações chamadas de Desafio Global de Segurança do Paciente (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

Entre 2005-2006 a Aliança lançou o primeiro desafio global com o lema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, promovendo ações de conscientização sobre higienização das mãos. Entre 2007-2008 o segundo desafio teve como lema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, tendo como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo, buscando a

prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e indicadores da assistência cirúrgica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Neste segundo desafio elencaram-se dez objetivos para cirurgia segura. São eles: realizar a cirurgia no paciente certo e no local certo; impedir complicações anestésicas; estar preparado para emergências das vias aéreas; estar preparado para grandes perdas sanguíneas; evitar reações adversas a drogas ou reação alérgica; minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico; impedir a retenção de instrumentais ou compressas; manter seguros e identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos; comunicar com efetivamente as informações clínicas; controlar a capacidade, volume e resultados cirúrgicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009)

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Este programa tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em todas as instituições de saúde. Entre os objetivos específicos destacam-se os de difusão do conhecimento sobre esta temática para os profissionais e pacientes. Assim, as ações realizadas de forma correta contribuem para que sejam evitados os incidentes que possam acarretar em malefícios para o paciente (BRASIL, 2013)

No contexto da assistência de enfermagem no perioperatório, destaca-se que o pré-operatório é essencial para que o período trans e pós-operatório ocorram da maneira esperada e que a recuperação do paciente seja mais rápida e sem complicações. Tais cuidados preparam o paciente e evitam que este seja submetido a um procedimento sem o preparo correto (SOUZA et al., 2011). Assim garantindo que a cirurgia confira ao paciente o menor risco possível.

O estudo desenvolvido por Bohomol e Tartali (2013), aponta que, a falta de comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe médica é uma forte razão para a ocorrência de eventos adversos, sugerindo que a segurança do paciente cirúrgico depende de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Como alternativa para o enfrentamento do problema, a enfermagem deve implementar protocolos assistenciais, como o *checklist* de cirurgia segura, além de utilizar ferramentas para a comunicação eficaz, envolvendo a equipe multidisciplinar. Destacando a importância do desenvolvimento deste estudo de validação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste estudo foi possível aprimorar o conhecimento acerca do protocolo de cirurgia segura, proporcionando conhecimentos relacionados aos benefícios que confrontem com informações e documentos cientificamente comprovados, na qual exigem dos profissionais da saúde ferramentas que possibilitem ausência de danos ao paciente. Portanto, torna-se necessário a implantação de novos protocolos que estabelecem medidas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e morbimortalidade cirúrgica.

Pesquisas mostram baixa adesão do *checklist* nos hospitais, ainda há resistência em algumas instituições e profissionais em aderir ao programa, muitas vezes este relacionado com a falta de interesse, a rotina, falta de comprometimento, a escassez de tempo e o paradigma social.

O checklist cirurgia segura vem como uma proposta de facilitar a verificação de todos os itens em apenas um instrumento, na qual proporciona grandes benefícios para os pacientes, como maior garantia de segurança nos procedimentos cirúrgicos, melhorias nos tratamentos realizados, prevenção de infecções e eventos adversos para os profissionais de saúde, significa maior segurança e eficácia nos procedimentos realizados, aumento da qualificação profissional, valorização no mercado de trabalho, nas instituições hospitalares, proporciona a elevação da confiança na instituição, aumento de novos clientes e fidelização, aumento da qualidade e desempenho dos serviços prestados.

O enfermeiro tem papel relevante na implantação e manutenção do *checklist*, com uso desta ferramenta reduz drasticamente a ocorrência de efeitos adversos, facilitando o seu trabalho e diminuindo os custos hospitalares. Aplicar o *checklist* requer do enfermeiro conhecimento de como realizá-lo em todas as etapas, envolver toda a equipe durante a checagem, para que todos respeitem cada um dos itens da lista e tenham a consciência e responsabilidade durante o procedimento anestésico cirúrgico e a ética pela profissão.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Melina Paula Silva; OLIVEIRA, Adriana Cristina de. Quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após implantação dos núcleos de segurança do paciente. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados**. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília; 2009.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. **10 Passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010.

KAWAMOTO, Emilia Eni. **Enfermagem em clínica cirúrgica**. São Paulo: EPU, 1999.

MOTTA FILHO, Geraldo Rocha da et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**. Rio de Janeiro, 2013, v. 48, n. 6, p. 554-562.

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. **Segurança do paciente: o *checklist* da cirurgia em um centro cirúrgico ambulatorial**. Dissertação (Mestrado). Universidade federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem de Porto Alegre.

PANCIERI, Ana Paula et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital-escola. **Rev. Gaúcha Enferm** , v. 34, n. 1, p. 71-8, 2013.

PORTO, Karla Luciana Heringer. A segurança do paciente na utilização do *checklist*. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, 2014, v. 17, n. 2, p. 103-115,.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e centro de material e esterilização. Práticas Recomendadas. 6. ed.

São Paulo: SOBECC, 2013.

ZANARDO, Graziani Maidana; ZANARDO, Guilherme Maidana; KAEFER, Cristina Thum. Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 1371-1374, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde (2013). **Portaria nº 526**, de 01 de abril de 2013. Institui O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Assistência segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.**