



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JANESCLÉIA REIS DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO E
MANUTENÇÃO DA PRÁTICA DO *CHECKLIST*
CIRURGIA SEGURA**

ARIQUEMES - RO

2016

Janescléia Reis da Silva

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO E
MANUTENÇÃO DA PRÁTICA DO *CHECKLIST*
CIRURGIA SEGURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora Prof^a. Esp. Thays Dutra Chiarato

Ariquemes – RO

2016

Janescléia Reis da Silva

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO E
MANUTENÇÃO DA PRÁTICA DO *CHECKLIST*
CIRURGIA SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado graduação em Enfermagem da
Faculdade de Educação e Meio Ambiente
como requisito parcial à obtenção do
Grau de Bacharel em enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora: Esp. Thays Dutra Chiarato
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^o. Esp. Rafael Alves Pereira
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^o. Esp. Jessica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 29 de Novembro de 2016.

*Primeiramente a Deus, por ser minha Fortaleza,
Ao meu pai (Jairdes),
Minha mãe (Ciméia),
Que me trouxeram a este mundo com todo o amor e carinho,
Aos meus irmãos por acreditarem em mim.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus por todos os momentos maravilhosos que tenho passado no decorrer da minha Graduação. Estou orgulhosa de ter vencido mais essa etapa dos meus sonhos. Por todos os momentos felizes, e por que não os tristes? Muitas coisas aprendi, que serão eternas lembradas.

Aos meus pais (*Jairdes e Ciméia*), que me deram a vida e me ensinaram a essência dela, pela dedicação, por terem se doado por inteiro e renunciaram seus próprios sonhos para que eu pudesse realizar os meus, a vocês, que iluminaram meu caminho obscuro com afeto e dedicação. Pela longa espera e compreensão durante essa longa viagem, se não fosse o carinho as orações de vocês eu não estaria conquistando essa vitória, eu só tenho que dizer obrigada, vocês são os melhores pais do mundo, EU AMO VOCÊS...

Dedico também este trabalho aos meus irmãos (*Jailson, Gedielson, Janete, Tânia e Telma*), agradeço por vocês existirem, nos momentos de felicidade absoluta, por me encher de coragem para vencer esta difícil etapa, EU AMO VOCÊS. Dedico também aos meus cunhados, cunhada, sobrinhas, sobrinhos.

Aos meus amigos, até aqui viajamos juntos, não faltaram os obstáculos, as subidas e descidas foram realidade sempre presente, juntos percorremos retas, nos apoiamos nas curvas, enfim chegou o momento de cada um seguir a viagem sozinho, que as experiências compartilhadas sejam a alavanca para chegarmos ao destino planejado.

A Profª Esp. *Thays Dutra Chiarato*, pela dedicação e paciência em todas as etapas deste trabalho.

Aos Mestres, que acolheram nossas jovens espirituosas mentes. Levo a grande lição de que nos homens poucos sabem.

Obrigada aqueles que mesmo de fora, mas sempre presentes nos quiseram bem e nos apoiaram nos bons e nos maus momentos.

OBRIGADA!

*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 à 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. 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 trata-se 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. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, realizada no período de agosto de 2015 a novembro de 2016. Foram utilizadas pesquisas em 48 artigos, 02 manuais do Ministério da saúde, 02 impressos do Coren São Paulo, 03 livros, 02 leis que abrange a temática, 01 dissertação de mestrado. Após analisar os artigos pesquisados, permaneceram 14 artigos, que compuseram o estudo. O critério de exclusão utilizado foram publicações que não correspondiam ao objetivo do estudo. 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, Protocolo de cirurgia segura, Enfermagem em centro cirúrgico

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo describir el papel de la enfermera en la implementación y mantenimiento de *lista de verificación* cirugía segura. La Organización Mundial de la salud (OMS) lanzó en 2004 la campaña "cirugías seguras salvan vidas" con el objetivo de prevenir infecciones del sitio quirúrgico, promover una anestesia segura, crear equipos quirúrgicos que trabajen de forma segura y que utilicen indicadores de asistencia quirúrgica a fin de minimizar daños a pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Y por el hecho de que la enfermera es uno de los profesionales responsables para la inserción de nuevos protocolos en las instituciones de salud, la implementación y aplicación de la práctica establecida por la OMS, como la seguridad del paciente termina siendo un desafío para la práctica de enfermería debiendo ajustarse a la planificación, organización y estrategias para involucrar a todo el equipo, para que todo el mundo entienda la importancia y los beneficios de esta herramienta. Sin embargo la lista de *verificación* de cirugía segura no se trata de una herramienta única de enfermería, de forma que el equipo multidisciplinario debe mostrarse dispuesto a participar en programas de capacitación para llevar a cabo su trabajo con la mayor seguridad posible. Se puede ver que hay cierta dificultad en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, especialmente cuando se refiere a la aceptación del equipo quirúrgico, donde los profesionales reclaman estar perdiendo tiempo durante la *verificación*, así que es responsabilidad de la enfermera de trabajar junto a su equipo mostrando su importancia y obtener los beneficios de lo que ha sido de fundamental importancia para tener un procedimiento quirúrgico más seguro. Se trata de una revisión bibliográfica, realizada el año 2015 a partir de agosto a noviembre de 2016. Las encuestas se utilizan en 48 artículos, 02 libros del Ministerio de Salud, 02 impresos Coren de San Pablo, 03 libros, 02 leyes que cubren tema, 01 de la disertación. Después de analizar los elementos estudiados, se mantuvo 14 artículos que componen el estudio. Los criterios de exclusión fueron utilizados publicaciones que no cumplieran con el objetivo del estudio. La comunicación es esencial para el buen desarrollo del procedimiento y lista de control hace que suceda la mejor manera posible.

Palabras clave: Cirugía segura, protocolo de cirugía segura, enfermería en centro quirúrgico.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CC | Centro Cirúrgico |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| DEC's | Descritores em Ciências da Saúde |
| FAEMA | Faculdade de Educação e Meio Ambiente |
| IRAS | Infecções relacionadas assistência à saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NPS | Núcleo de Segurança do Paciente |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PE | Processo de Enfermagem |
| PNHAH | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SAEP | Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório |
| SCIELO | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

TCI

Termo de Consentimento Informado

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 OBJETIVOS..... | 14 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 14 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 14 |
| 3 METODOLOGIA..... | 15 |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA..... | 16 |
| 4.1 CIRURGIA SEGURA..... | 16 |
| 4.2 APLICAÇÃO DO <i>CHECKLIST</i> CIRURGIA SEGURA E O SEU BENEFÍCIO À ASSISTÊNCIA CIRURGICA..... | 19 |
| 4.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APLICABILIDADE DO <i>CHECKLIST</i> NO CENTRO CIRÚRGICO..... | 28 |
| CONCLUSÃO..... | 33 |
| REFERÊNCIAS..... | 34 |

INTRODUÇÃO

O processo cirúrgico é definido como o tratamento da doença, lesão ou deformidade, com o objetivo de corrigir ou minimizar um problema físico. De acordo com o processo histórico do tratamento cirúrgico observa-se que houve um grande avanço, porém ainda se fazem necessários alguns ajustes no processo de trabalho para que se tenha o menor número possível de intercorrências. (KAWAMOTO, 1999).

Para assim melhorar o processo de trabalho a OMS em 2004 lançou a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, onde o objetivo principal é dar continuidade na assistência ao paciente, com ênfase na redução de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados nas unidades de saúde. A atenção para a segurança do paciente estará direcionada aos fundamentos e prática de segurança cirúrgica, que são componentes indispensáveis na assistência à saúde, portanto, existe a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas. (BRASIL, 2009).

O enfermeiro tem um papel importante na assistência prestada ao paciente, assistência essa que deve acontecer em todos os momentos da hospitalização desse cliente, para que isso aconteça se faz necessária a utilização de um instrumento fundamental, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que trata-se de um conjunto de passos integrados e orientadores para as ações de enfermagem, que possui como fundamento o atendimento das necessidades humanas e o Processo de Enfermagem (PE). (BRONZATTI, 2013).

No período Perioperatório, a SAE recebe a nomenclatura, Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Através da SAEP é possível o enfermeiro prestar sua assistência de modo planejado, sistemático e contínuo identificando os problemas precocemente, planejando, implementando e avaliando a assistência de enfermagem durante todo processo cirúrgico. (SOBECC, 2013).

Para que a cirurgia ocorra com segurança é indispensável que o enfermeiro intervenha nas três fases do período perioperatório utilizando-se de seu principal instrumento de trabalho a “SAEP”. No período intra-operatório o enfermeiro pode utilizar um instrumento muito importante que é o *checklist* cirurgia segura ao qual

tem como objetivo facilitar a verificação de todos os itens em um único instrumento, ele possui grandes benefícios ao pacientes como maior garantia de segurança nos processos cirúrgicos, melhoria nos tratamentos realizados, prevenção de infecções e eventos adversos, para os profissionais de saúde, significa maior segurança e eficácia das ações realizadas, aumento da qualificação profissional, valorização no mercado de trabalho e instituição hospitalar, aumentando a qualidade e desempenho dos serviços prestados. (NISHIMURA et al., 2014).

Este instrumento vem somar junto aos demais instrumentos necessários ao trabalho do enfermeiro no intuito de alcançar o máximo de segurança, satisfação ao paciente e seus familiares juntamente com uma assistência de qualidade visando à humanização no atendimento prestado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever a atuação do enfermeiro na implantação e manutenção da prática do *checklist* cirurgia segura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a técnica e benefícios do *checklist* para a cirurgia segura;
- Discorrer sobre a implantação e manutenção do protocolo do *checklist* cirurgia segura, enfermeiro como condutor;
- Propor medidas que auxiliem na aplicabilidade do *checklist* cirurgia segura, valorizando o processo de humanização como parte integrante do cuidado seguro.

3 METODOLOGIA

De acordo com Severino (2002), a pesquisa bibliográfica contribui para obter informações a propósito do tema ou problema pesquisado, ter conhecimento das publicações inerentes acerca do tema e os aspectos que já foram vivenciados, além de averiguar as opiniões similares e distintas do tema ou de aspectos catalogado ao problema da pesquisa.

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter descritivo que busca saber sobre a atuação do enfermeiro na implantação e manutenção do *checklist* cirurgia segura, identificar os benefícios da utilização deste protocolo durante o procedimento cirúrgico.

Desse modo, a pesquisa sobre o tema apresentado, foi realizada a partir de um levantamento de dados utilizando as ferramentas disponíveis em base de dados eletrônicos, como Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Manuais do Ministério da Saúde (OMS), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), assim como livros disponíveis no acervo da biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Meio Ambiente (FAEMA).

Para a busca, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DEC's): cirurgia segura, protocolo de cirurgia segura e enfermagem em centro cirúrgico, foram utilizados como critérios de inclusão artigos da língua portuguesa e inglesa com data de publicação entre 2008 a 2015 e livros selecionados com os mesmos requisitos. A busca foi realizada no período de agosto de 2015 a novembro de 2016. Foram utilizados pesquisas em 48 artigos, 02 manuais do Ministério da saúde, 02 impressos do Coren São Paulo, 03 livros, 02 leis que abrangem a temática, 01 dissertação de mestrado. Após analisar os artigos pesquisados, permaneceram 15 artigos, que compuseram a presente revisão bibliográfica. O critério de exclusão utilizado foram publicações que não correspondiam ao objetivo do estudo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 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 básicas 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 dano". Nessa mesma década ocorreu a publicação de um trabalho científico intitulado "*To erris 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 Assembléia 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 Pan-Americana 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).

4.2 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, anestesiológista 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).

O 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 aplicação do *checklist* nas diferentes fases esta descrito no Quadro 01.

| Fase 1- Antes da Indução Anestésica | Fase 2- antes de iniciar a cirurgia | Fase 3- Antes do paciente sair da sala cirúrgica |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • O coordenador revê verbalmente em voz alta com o paciente (quando possível) sua identidade, tipo de procedimento cirúrgico, e o consentimento para a cirurgia que deve ter sido assinado pelo paciente ou responsável; • Visualmente confirma se o lado da cirurgia foi sinalizado; • Visualiza se o oxímetro de pulso foi colocado no paciente e se está funcionando; • O coordenador também ira checar verbalmente com a equipe de anestesia se o paciente tem risco de perda sanguínea, dificuldade de obtenção das vias aéreas | <ul style="list-style-type: none"> • Cada membro da equipe se apresentara pelo próprio nome e função; • A equipe ira imediatamente antes da incisão da pele, confirmar em voz alta qual é o paciente que será operado, qual procedimento e qual parte do corpo será operado; • Em seguida, o cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente revisarão os elementos críticos de seus planos para a cirurgia utilizando as questões de orientação do <i>checklist</i>; • Confirma-se também a | <ul style="list-style-type: none"> • A equipe irá analisar em conjunto a cirurgia que foi realizada, a contagem de compressas, de instrumentos e agulhas, e a rotulagem de quaisquer espécimes cirúrgicos; • Também irá rever qualquer avaria em equipamentos ou problemas que precisam ser resolvidos; • Finalmente, a equipe irá analisar os planos e preocupações em relação ao pós-operatório antes de retirar o paciente da sala cirúrgica. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>ou de reação alérgica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • OBS: idealmente o cirurgião deve estar presente nesta fase, no entanto, sua presença não é essencial para completar esta parte do <i>checklist</i>. | <p>administração de antibióticos profiláticos nos últimos 60 minutos e que exames de imagem essenciais estão disponíveis, conforme o caso.</p> | |
|--|--|--|

Fonte: COREN (SP), 2011

Quadro 1- Fases do *checklist* a serem realizados na sala cirúrgica.

Lista de verificação de segurança cirúrgica (primeira edição)

▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶
▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

| Antes de indução anestésica | Antes de incisão | Antes de o paciente sair de sala de operações |
|---|---|--|
| <div style="background-color: #444; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Entrada</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente confirmou <ul style="list-style-type: none"> • Identidade • Sítio cirúrgico • Procedimento • Consentimento <input type="checkbox"/> Sítio demarcado/não se aplica <input type="checkbox"/> Verificação de segurança Anestésica concluída <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e Em funcionamento O paciente possui: <ul style="list-style-type: none"> Alergia conhecida? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM Via aérea difícil/risco de aspiração? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e equipamento/assistência disponíveis Risco de perda sanguínea > 500 ML (7 ML/KG em crianças)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos | <div style="background-color: #444; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Pausa cirúrgica</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função <input type="checkbox"/> Cirurgião, anestesiológico e enfermeiro confirmam verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Sítio cirúrgico • Procedimento Eventos críticos previstos <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista? <input type="checkbox"/> Revisão da equipe de anestesia: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização? (incluindo resultados do indicador)? hã questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? A profilaxia antimicrobiana FOI realizada nos últimos 60 minutos? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica As imagens essenciais estão disponíveis? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica | <div style="background-color: #444; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Saída</div> <p>O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirmam verbalmente com a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento registrado <input type="checkbox"/> Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas (ou não se aplicam) <input type="checkbox"/> Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente) <input type="checkbox"/> Se há algum problema com equipamento para ser resolvido <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ Assinatura</p> |

Fonte: BRASIL (2009).

Figura 1- Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (primeira edição).

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 varias 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 referencias do estudo sobre o *checklist*, onde desta forma o mesmo estará oportunizando uma melhor compreensão ao leitor. (BRASIL, 2009).

Os objetivos esperados com a aplicação do *checklist* são:

| | |
|--|---|
| Objetivo 1 | A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo; |
| Pergunta referente ao objetivo1 | Paciente confirmou: identidade; sitio cirúrgico; procedimento e consentimento. |

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).

| | |
|---|--|
| Objetivo 2 | Equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor; |
| Pergunta referente ao objetivo 2 | Verificação de segurança anestésica concluída. |

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 anestesia 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 desenvolvido 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).

| | |
|-------------------|---|
| Objetivo 3 | A equipe reconhecerá e estará efetivamente |
|-------------------|---|

| | |
|---|--|
| | preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida; |
| Pergunta referente ao objetivo 3 | Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento; O paciente possui: Via aérea difícil/risco de aspiração? Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis () |

A asseguarção 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).

| | |
|---|---|
| Objetivo 4 | A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas; |
| Pergunta referente ao objetivo 4 | O paciente possui: Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg em crianças)? Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos () |

Deve-se manter uma boa instabilidade hemodinâmica caso ocorra perda de grande volume de sangue, o controle de hemorragia é um dos efeitos clínicos que garante maior instabilidade durante o procedimento de ressuscitação e são procedimentos importante de cuidado durante o processo transoperatório. Outro fator importante é a assistência antecipada ao trauma, na qual permite o acesso antecipado ao acesso endovenoso de dois cateteres de grande calibre para todos os

pacientes feridos de maneira traumática, sendo assim permite a administração de fluidos e medicamentos antes da chegada ao hospital e minimiza atrasos em certos procedimentos. O enfermeiro ao checar se a equipe cirúrgica esta preparada para grande perda sanguínea os mesmos estão proporcionando maior eficácia e segurança na assistência prestada uma vez que ocorra alguma intercorrência tem se condições de a equipe prestar assistência imediata de acordo com a necessidade do individuo. (BRASIL, 2009, p. 71).

| | |
|---|---|
| Objetivo 5 | A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente; |
| Pergunta referente ao objetivo 5 | O paciente possui: alergia conhecida? Não() Sim() |

Alguns medicamentos são utilizados para alívio da dor e cura de certas doenças, os dados estatísticos mostra que há um elevado número de erros que acontecem desde a não administração até a administração equivocada da droga, na qual se tem consequências graves que pode até levar a morte. Dentre alguns fatores relacionados quanto à administração de medicamentos também deve se levar em consideração as reações adversas como alergias e efeitos colaterais, para isso é de grande importância perguntar ao paciente se ele tem restrição a alguma medicação, pois o mesmo poderá apresentar alguma restrição e ao se certificar-se o enfermeiro estará evitando a indução de reações alérgicas ou efeitos adversos. (BRASIL, 2009, p. 79).

| | |
|---|--|
| Objetivo 6 | A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico; |
| Pergunta referente ao objetivo 6 | Cirurgião, anesthesiologista e enfermeiro confirmam verbalmente: identificação do paciente, sítio cirúrgico, procedimento. A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? sim () |

| | |
|--|-------------------|
| | não se aplica () |
|--|-------------------|

Em pacientes cirúrgicos a infecção que ocorrem no local da incisão é conhecida como infecção do sítio cirúrgico, ao qual a mesma ocorre após o procedimento cirúrgico, acessos invasivos ou em profunda incisão no órgão ou espaço que foi feito o procedimento. São graves problemas de saúde que pode gerar altos custos e ainda estar associados ao aumento da morbidade e mortalidade, outro exemplo é a hospitalização prolongada. Para tanto, a equipe ao usar de maneira sistemática os métodos conhecidos estará contribuindo para diminuir os riscos de infecção no sítio cirúrgico. (BRASIL, 2009, p. 87).

| | |
|---|---|
| Objetivo 7 | A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas; |
| Pergunta referente ao objetivo 7 | Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização? Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas. |

É considerado um evento incomum quando retém compressa, agulha ou instrumental cirúrgico no paciente, isso pode trazer graves consequências para o paciente, na qual esse corpo estranho vai causar infecção, perfuração ou obstrução de vísceras, ocorrência de fístula e levar o paciente a óbito caso não seja percebido antes. Cada unidade de saúde deve estabelecer métodos de contagem de compressas, gaze cirúrgica instrumental, incorporação de material radiopaco às compressas e gazes, rastreamento de material. Se a contagem desses materiais não puder ser automatizada, deverá ser realizada a contagem por duas pessoas, que pode ser instrumentador cirúrgico e o circulante de sala. A equipe ao conferir os instrumentais e compressas que foram utilizadas durante o procedimento cirúrgico estará contribuindo para que não ocorra o esquecimento dos mesmos na ferida cirúrgica. (BRASIL, 2009, p. 143).

| | |
|---|--|
| Objetivo 8 | A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos; |
| Pergunta referente ao objetivo 8 | Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente). |

Os espécimes cirúrgicos são os que mais existem informações sobre erros de processamento e diagnóstico, onde o principal causador de erros é a etiquetagem errada ou inadequada, sendo que este poderá dificultar um procedimento durante a prestação de assistência e a segurança do paciente. É evidente que consequências severas ocorrerão em todas as especialidades em caso de processamento inadequado destes materiais. (BRASIL, 2009, p. 150).

| | |
|---|---|
| Objetivo 9 | A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condição segura da operação; |
| Pergunta referente ao objetivo 9 | Revisão do cirurgião: quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista? Revisão da equipe de anestesia: há alguma preocupação específica em relação ao paciente? |

Para que um procedimento cirúrgico ocorra com sucesso é essencial que haja uma boa comunicação entre os profissionais, com isso se previne vários erros que poderá ser cometido durante o procedimento, omissão, má-interpretação poderá ocorrer quando se tem um diálogo ineficiente, com isso poderá comprometer a segurança do paciente. No centro cirúrgico os principais erros acontecem por falta na comunicação. Para tanto se faz necessário que a equipe tenha Comunicação efetiva para condução segura da operação. (BRASIL, 2009, p. 153).

| | |
|------------------------------|---|
| Objetivo 10 | Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos. |
| Pergunta referente ao | O cirurgião, o anestesista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a |

| | |
|--------------------|--|
| objetivo 10 | recuperação e o manejo deste paciente. |
|--------------------|--|

Para garantia de uma boa segurança do paciente é necessário compreensão e avaliar o sucesso, as falhas e o progresso. São medidas propostas pela OMS, que realiza uma coleta de dados referente ao número de salas cirúrgicas, números de procedimentos cirúrgicos, número de cirurgiões e anestesiólogistas capacitados, taxa de mortalidade nas primeiras 24 horas após a cirurgia, e taxas de mortalidade pós-operatória em pacientes hospitalizados. São medidas essenciais para a detecção de possíveis falhas e oportunizar a melhoria da assistência do paciente cirúrgico e permite melhores condições de trabalho a equipe. (BRASIL, 2009, p. 165).

A lista de segurança cirúrgica da OMS tem sido útil e bem aceita em vários ambientes hospitalares. No entanto sua implementação requer comprometimento e adaptação dos profissionais que atua no Centro Cirúrgico (CC), não basta apenas que as instituições imponham protocolos ou *checklist*, é preciso que os profissionais façam uso dessas ferramentas, e que as equipes compreendam sua importância e necessidade. (BRASIL, 2009, p. 165).

4.3 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).

A fim de garantir a viabilidade da implementação desta ferramenta se faz necessário avaliar o formato da mesma, tempo de execução, bem como receber

feedback embasado em evidências científicas, para que venham contribuir com o processo, ao qual possui como objetivo trabalhar com o máximo de segurança possível. (MONTEIRO et al., 2014).

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. (ARAUJO; 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).

De acordo com Porto (2014), cabe ao enfermeiro realizar treinamentos aos profissionais, encorajando a participação de todos nessa nova iniciativa, através de um diálogo claro e direto, quando for questionado quanto à importância da aplicação de novos instrumentos na instituição o mesmo deverá realizar estratégias, aprimorar normas e rotinas, realizar debates, divulgação de informações, é imprescindível a inclusão do mesmo nos impressos já existentes para evitar documentos duplicados.

A RDC nº 36 define boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, que busca assegurar que os mesmos sejam ofertados com padrões de qualidade adequados, atitudes, competências e comportamentos que determinem o comprometimento com a gestão da saúde e segurança, assim como comprometimento da estrutura ou função do corpo ou qualquer efeito, dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte e incapacidade, podendo ser físico, social ou psicológico. (BRASIL, 2013).

Citando ainda a RDC 36, em seu art. 4º, estabelece que a direção de cada serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente e a incumbência de implantar protocolos de segurança do paciente, dentre eles o protocolo de cirurgia segura e realizar o monitoramento dos seus indicadores. (BRASIL, 2013).

Diante do exposto podemos afirmar que o enfermeiro é apenas um dos integrantes da equipe multiprofissional responsável pelo NSP, visto que sua essência profissional é comprometida com a qualidade de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em conformidade com os preceitos éticos e legais, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. (SILVA; SENA, 2007).

Durante muito tempo se valorizava apenas o conhecimento técnico - científico dos profissionais da área da saúde, onde o paciente era visto como portador de uma patologia, desconsiderando o ser humano como um todo, onde os profissionais da saúde eram altamente especializados, porém não valorizava a humanização. No

CC, quando um profissional queria referir a um determinado pacientes eles não o chamava pelo seu nome, usava com frequência o termo “paciente do Dr. Fulano” ou “paciente de apendicectomia”, como se aquele determinado paciente se resumisse em patologias ou como se fosse de propriedade exclusiva do cirurgião. (SOBECC, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 881, criando o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), na qual tinha como principal objetivo estimular as instituições hospitalares a aderir a este programa, para assim aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e usuários. Portanto, podemos destacar a importância do *checklist* cirurgia segura no processo de humanização, onde através desta ferramenta se aplica cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento, na qual impedira o início de uma série de complicações para o paciente.(PANCIERI et al., 2013).

De acordo com Souza e Mendes (2009) o enfermeiro poderá realizar trabalhos multidisciplinares com o intuito de sensibilizar a equipe a iniciar um processo de humanização objetivando atender e priorizar o atendimento em todos os pacientes, independente do quadro clínico ou situação de cada paciente respeitando seus direitos e deveres, promovendo conforto, segurança e confiabilidade.

O enfermeiro deverá participar ativamente de novas tecnologias-humanização, preservando do calor humano nas relações enfermeiro-paciente. Sendo o centro cirúrgico uma unidade de alta complexidade, tecnologia e procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes, se faz necessário que os enfermeiros que ali trabalham estejam conscientizados da importância de ouvir, olhar, tocar e serem presentes, pois, a segurança e a tranquilidade favorecem o tratamento e a recuperação. (SOUZA; MENDES, 2009)

COSIDERAÇÕES 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. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/807>>. Acesso em: 04 outubro 2016.

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. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/RESOLUÇÃO3582009.doc>> Acesso em: 03 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cirurgias Seguras Salvam vidas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf>. Acesso em: 16 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44186/71/9789241598590_por.pdf?local=e=en&null> . Acesso em: 29 outubro 2016.

BRASIL. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 25 jul 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 05 outubro 2016.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. **10 Passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf>. Acesso em: 09 setembro 2016.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. **Boas práticas- cirurgia segura**. São Paulo, 2011. Disponível em: < <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/cirurgia-segura.pdf>>. Acesso em: 02 novembro 2016.

ELIAS, Adriana Cristina Galbiatti Paminonde et al. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura em hospital universitário público. **Rev. SOBECC**, São Paulo, 2015, v. 20, n. 3. Disponível em: <http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/128-133.pdf>. Acesso em: 09 setembro 2016.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatório. **Acta paul. enferm.** São Paulo , v. 22, n. 4, p. 428-433, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 setembro 2016.

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

MONTEIRO, Edna Lopes et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatório. **Rev. SOBECC**, v. 19, n. 2, p. 99-109,2014. Disponível em:<http://www.portal.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/07_sobecc_v19n2.pdf>. Acesso em: 30 setembro 2016.

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. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010236161300146X>>. Acesso em: 10 setembro 2016.

NISHIMURA, Célia Hisatugo et al., **Construção e validação do checklist de segurança em cirurgia**. 2014. Disponível em: <<http://www.dex.uem.br/forum/images/construcao%20e%20valida%C3%A7ao%20do%20checklist%20de%20seguranca%20em%20cirurgia.pdf>>. Acesso em: 28 novembro 2015.

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. Porto Alegre Jan. 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/116737/000965823.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n1/09.pdf>>. Acesso em: 02 dezembro 2015.

PANCIERI, Ana Paula; CARVALHO, Rachel; BRAGA, Eliana Mara. Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: Relato de experiência. **Sobecc**, São Paulo, 2013, v. 19, p. 26-33, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/sobecc.2014.006>> Acesso em: 16 setembro 2015.

PORTO, Karla Luciana Heringer. A segurança do paciente na utilização do *checklist*. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, 2014, v. 17, n. 2, p. 103-115,. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/8336>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

SANTOS, Bruna Pegorer; BRAGA, Eliane Maria; GONÇALVES, Ivani Regina. **Cirurgias seguras salvam vidas: aplicação e avaliação do *checklist* sugerido pela OMS em cirurgias infantis de um hospital escola**. UNINGÁ, Maringá, 2012, n.37, p. 73-84, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140328_214200.pdf>. Acesso em: 18 outubro 2015.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **revista-escola de enfermagem universidade de Sao Paulo**, v. 42, n. 1, p. 48, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07>>. Acesso em: 05 outubro 2016.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e centro de material e esterilização. **Práticas Recomendadas**. 6. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 681-688, 2009. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/arquivos/HumanizaSUS_Site/oconceitodaPNH.pdf>. Acesso em: 22 outubro 2016

WEISER, Thomas G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **Lancet**, 2008, v. 378. n. 9633. Disponível em: <http://cdrwww.who.int/surgery/global_volume_surgery.pdf>. Acesso em: 09 setembro 2016.

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. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811/1517>>. Acesso em: 20 setembro 2016.