

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA

**ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA CIRURGIA
SEGURA COM DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE EM UM HOSPITAL DE
URGÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA

**ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA CIRURGIA
SEGURA COM DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE EM UM HOSPITAL DE
URGÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Fernanda Maria Vieira Pereira

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA CIRURGIA SEGURA COM DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA** de autoria do aluno **JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Fernanda Maria Vieira Pereira
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

DEDICATÓRIA

Dedico aos profissionais de saúde e aos pacientes por eles assistidos. E àqueles que com este trabalho contribuíram direta ou indiretamente, acreditando na força do conhecimento para o crescimento pessoal e profissional na lógica da assistência segura.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus por não me deixar fraquejar diante das dificuldades e por colocar em meu caminho mais este desafio que, sem dúvida alguma, engrandecerá minha prática profissional.

À Lívia Almeida Soares, coordenadora local, pelo crédito de confiança ao enviar à Universidade Federal de Santa Catarina uma carta de recomendação pessoal.

Aos colegas de turma que colaboraram com opiniões e palavras de incentivo, companheirismo e amizade.

À Bárbara Cristina Tavares, tutora de todas as horas, pelo apoio técnico e amigo. E pelas palavras de incentivo e compreensão, sendo sempre simpática.

À orientadora Prof.^a Fernanda Maria Vieira Pereira pela dedicação, empatia e presteza em responder aos e-mails. Muito obrigado por todo o suporte, profissionalismo e compreensão.

A corajosa equipe da UFSC por ter desbravado o país em busca dessa conquista que é de todos. Meu muito obrigado!

À todos, meus eternos agradecimentos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Geral.....	10
2.2 Específicos.....	10
3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
5 PLANO DE AÇÃO.....	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	14
APÊNDICE	

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP) para Cirurgia Segura com demarcação da lateralidade a ser seguido como rotina no trabalho dos profissionais de saúde de um hospital de urgência de Teresina. A partir da observação do diagnóstico da realidade vivenciado no Hospital de Urgência de Teresina, a proposta deste estudo foi um plano de ação cujo produto baseou-se na tecnologia de concepção. O POP aborda de forma resumida e esquemática, o passo a passo para a sinalização do local e lateralidade cirúrgica, desde a decisão médica sobre a necessidade da cirurgia até o ato da demarcação, que lhe é privativo, juntamente com o paciente. As evidências em relação à aplicabilidade e benefícios de um protocolo que vise garantir uma assistência segura ao paciente é consenso entre os autores pesquisados nesse estudo. Tendo em vista ser um instrumento para beneficiar a qualidade da assistência, torna-se fundamental sua implementação na instituição, devendo toda a equipe de saúde e gestora direcionar esforços para sua validação visando, sobretudo, a segurança do paciente.

Palavras-chaves: Cirurgia segura; Lateralidade cirúrgica; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Estatísticas mundiais revelam, a partir de dados de 56 países, uma estimativa de 187 a 281 milhões de cirurgias de grande porte por ano, o que representa, aproximadamente, uma para cada 25 pessoas (DE VRIES et al., 2008).

Acompanhando esse volume de procedimentos invasivos, vem ocorrendo um aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. Porém, esses avanços também elevaram substancialmente, o risco de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente, levando-o à incapacidade ou à morte (ZEGERS et al., 2011).

Com isso, a assistência em saúde prestada à população, tem sido considerada cada vez mais fragmentada, complexa e não segura. Assim, as organizações e os profissionais devem direcionar estratégias a fim de oferecer um atendimento eficiente e seguro ao paciente (QUINTO NETO, 2006).

Desta forma, percebe-se uma crescente preocupação com a criação de medidas que visam à minimização dos riscos e a segurança do paciente. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, visando apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais.

O Brasil é um dos países que compõem essa aliança, que tem como objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde. Além disso, instituiu medidas para aumentar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

A formulação de Desafios Globais para a segurança do paciente constitui componente central da Aliança. Para isso, são organizados programas anuais que visam discutir temas direcionados para uma questão. O Primeiro Desafio Global direcionou estratégias para as infecções relacionadas com a assistência à saúde. Por sua vez, o segundo englobou os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, com enfoque na prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

A qualidade dos serviços de saúde constitui elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está submetido. Assim, um conjunto de ações complementares entre si, é imprescindível para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente, reduzir o dano e evitar riscos futuros e práticas da segurança cirúrgica (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

Alguns aspectos têm sido apontados como elementos fundamentais na redução destes erros, sendo: a identificação correta do paciente, a demarcação do sítio cirúrgico e o consentimento dos protocolos, bem como seu envolvimento no planejamento pré-operatório. Destaca-se também que a comunicação entre a equipe é essencial nesse processo (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

O objeto de estudo foi elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP) para Cirurgia Segura com demarcação do sítio cirúrgico nos casos em que haja a lateralidade, no pronto-atendimento de um hospital de urgência de Teresina, estado do Piauí.

A relevância desse estudo está na contribuição que trará para os pacientes atendidos no referido hospital, ao minimizar os riscos nos procedimentos cirúrgicos. Assim, através da implementação de um POP, despertar nos profissionais e gestores, o interesse em elaborar e implementar um projeto maior que é o Protocolo de Cirurgia Segura instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar um Procedimento Operacional Padrão (POP) para Cirurgia Segura com demarcação da lateralidade a ser seguido como rotina no trabalho dos profissionais de saúde de um hospital de urgência de Teresina.

2.1 Específicos

- Disponibilizar aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento cirúrgico um instrumento para identificação e demarcação de lateralidade;
- Sensibilizar os profissionais e pacientes quanto à importância da demarcação do sítio cirúrgico;
- Descrever a importância da implementação do POP de demarcação de lateralidade, visando reduzir a ocorrência de erros envolvendo a identificação e a lateralidade cirúrgica em pacientes atendidos em um hospital de urgência de Teresina;
- Incentivar a instituição do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS no referido hospital de urgência em Teresina Piauí.

3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

O Hospital de Urgência de Teresina – HUT / Dr Zenon Rocha é referência em urgência e emergência clínica, cardiológica e traumatológica, adulta e pediátrica, para todo o estado do Piauí, sendo porta de entrada para o Sistema Único de Saúde – SUS, ao qual é vinculado e financiado, exclusivamente. Foi construído com a liberação de recursos federais e próprios da Prefeitura Municipal de Teresina, que o administra por meio da Fundação Hospitalar de Saúde - FHT.

Fundado em 2008, trabalha com diversas linhas de cuidado, necessitando de uma sistematização concreta da assistência terapêutica, dentro de cada uma delas. Está programado para o atendimento de urgência e emergência geral com um total de 289 leitos. Dados do ano de 2013 pontuam um total de atendimentos superior a 7.000 (sete mil) atendimentos gerais, 2.200 (duas mil e duzentas) internações e 1.000 (mil) cirurgias (geral, ortopédica, bucomaxilofacial, neurológica, vascular, plástica, urológica e pediátrica) (ASCON-HUT, 2014).

A instituição possui áreas distintas para atendimento infantil e adulto, com três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) totalizando 26 leitos, sendo oito de UTI clínica, oito de UTI neurocirúrgica e dez de UTI pediátrica.

O Centro Cirúrgico é composto por seis salas equipadas para cirurgias gerais, neurológicas, videolaparoscópicas, ortopédicas e oftalmológicas, e uma sala de Recuperação Pós-Anestésica com doze leitos. No pavimento superior há enfermarias de clínica médica, cirúrgica, neurológica, ortopédica, pediátrica e Unidade de Tratamento de Queimados (ASCON-HUT, 2014).

A área de diagnóstico dispõe dos seguintes serviços: laboratório de análises clínicas para realização de exames de urgência e uma Agência Transfusional; laboratório de anatomia patológica com sala para necropsia; salas para ECG, raios-x contrastado e simples, arteriografia, tomografia computadorizada (dois tomógrafos e dois arcos cirúrgicos), endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ultra-sonografia com doppler colorido; aparelhos de raios-x e de ultra-sonografia portáteis (ASCON-HUT, 2014).

Em se tratando de recursos humanos, o hospital conta com aproximadamente 1.350 funcionários, incluindo os profissionais de nível superior, médio e técnico (ASCON-HUT, 2014).

Diante da magnitude da situação, baseando-se em evidências e experiência de três anos na instituição, além de relatos de outros profissionais e colegas de trabalho, pode-se entender a urgência em se instituir protocolos para a sistematização da assistência nas diversas linhas de cuidado.

Apesar de não serem registradas e/ou divulgadas as incidências de erros nos procedimentos cirúrgicos envolvendo a lateralidade, há relatos verbais de sua ocorrência. Portanto, urge a necessidade de se implantar o POP de Demarcação de Lateralidade, para adequar-se às exigências da OMS, e oferecer um atendimento mais humano e seguro à população.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O elevado número de procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil e no mundo tem preocupado as autoridades, uma vez que as complicações seguidas por mortes somam um grande contingente. Desta forma, a segurança do paciente passou a ser vista como prioridade, já no início do século XXI. Tidas como inadmissíveis, as estatísticas disponíveis, levaram a OMS a iniciar uma campanha mundial denominada “Cirurgia Segura Salva Vidas”, a fim de reduzir essas cifras que comprometem a população (FERRAZ, 2009).

Dada sua importância, o manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas: segundo desafio global para a segurança do paciente, dentro da lógica da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, serviu de base para referenciar todo o arcabouço desse trabalho.

A referida Aliança Mundial criou dois Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O primeiro teve como foco as infecções relacionadas com a assistência à saúde, envolvendo: a higienização das mãos; os procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; a segurança do sangue e de hemoderivados; a administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e a segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

O segundo desafio global consistiu na abordagem acerca dos fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são componentes essenciais da assistência à saúde e tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla: a prevenção de infecções de sítio cirúrgico; a anestesia segura; as equipes cirúrgicas seguras; e os indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

Vários fatores contribuem para a insegurança nos atos cirúrgicos, com grande número de eventos de “local errado”. Isso acontece pela simples falta de imagens radiográficas e/ou etiquetagem no lado errado, destacando-se procedimentos de coluna e ortopédicos (KWAAN, 2006).

Nesse sentido, Pedreira (2009) ao analisar o contexto assistencial do país, afirmou que muitos enfermeiros, em seus processos de trabalho, passam o dia corrigindo falhas no sistema, procurando materiais, trocando equipamentos quebrados, buscando prescrições e documentos deixados em locais errados, ou seja, desviam o foco de sua atenção, que é a prestação de cuidados de enfermagem diretos ao paciente. Por isso, não seria exagero dizer que a implementação de

protocolos, a exemplo do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, dentro de uma assistência sistematizada, contemplaria a idéia desse autor.

Para Gouveia e Travassos (2010), a segurança do paciente é parte de um conceito mais amplo, a qualidade da atenção à saúde. Visando alcançá-la, é imprescindível a implantação de um programa global e multidimensional para avaliar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Com isso, a produção de indicadores embasaria as tomadas de decisões nesse processo gerencial, devendo ser uma prioridade, e estar na agenda dos governos, em todos os níveis de gestão.

Ao estudar os desafios para a prática e a investigação em enfermagem, Silva (2010) corrobora o pensamento de Gouveia e Travassos (2010) ratificando que a segurança do paciente deve subsidiar a tomada de decisão e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado. Porém, para obter resultados concretos em relação à assistência segura, minimizando os erros, é preciso que as ações adotadas produzam resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes.

Antes de descrever as ações da Comissão Conjunta para a Segurança do Paciente, vale elucidar o pensamento que Pedreira (2009) concluiu em seu estudo sobre práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente:

Somente depois que consigamos trabalhar em um ambiente que possua a quantidade e a qualificação adequadas dos profissionais de enfermagem, poderemos de modo amplo e solidificado, realizar práticas de enfermagem baseadas em evidências, e buscar continuamente novas evidências capazes de mudar os resultados hoje identificados com relação à segurança do paciente, pois a enfermagem é a profissão, dentre todas as da área da saúde, mais capaz de promover práticas centradas na proteção, devido a sua constância e proximidade junto ao paciente e família. (PEDREIRA, 2009, p. 881).

Neste sentido, a eliminação do local errado, paciente errado e procedimento errado tem sido uma meta da Comissão Conjunta para a segurança do paciente:

A identificação precisa do paciente e da demarcação do sítio cirúrgico, o envolvimento do paciente no planejamento pré-operatório, o consentimento informado, a melhor comunicação entre os membros da equipe e a melhoria do trabalho de equipe e dos protocolos poderiam reduzir erros. (JOINT COMMISSION, 2014).

Nesse contexto faz-se necessário entender a competência do enfermeiro do centro cirúrgico, para que, além de práticas organizacionais, possa contemplar a relação destas práticas com a segurança do paciente (LIMA; SOUSA; CUNHA, 2013). Para esses autores, o enfermeiro,

por diversos motivos, passa a ser o “advogado do paciente” no momento em que esse está exposto a qualquer procedimento, pois exerce papel fundamental de supervisão utilizando-se da “prática de segurança”.

Momento oportuno para introduzir a idéia de que a elaboração dos protocolos institucionais, mesmo não exclusivos do processo de trabalho da enfermagem, como é o caso do POP de Demarcação de Lateralidade, onde o cirurgião e o paciente são os responsáveis pela execução (OMS, 2009), o enfermeiro como defensor do paciente, mesmo não podendo assinalar o local, precisa estar atento durante a realização da visita pré-operatória, ou mesmo antes da cirurgia ao realizar o check-in.

Em revisão integrativa sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP, Fonseca e Peniche (2009) pontuam que o enfermeiro de centro cirúrgico considera importante a realização da visita pré-operatória, apesar de ainda ser inexpressiva, já que é rotineiro, ser único no período de trabalho, e não tem condições de ausentar-se do setor. Tal fato dificulta as ações estratégicas para garantir a segurança do paciente, pois se torna um fator impeditivo para uma assistência humanizada, integral e que minimiza erros.

Uma experiência recente do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) mostra que a implantação de um protocolo para prevenção do paciente errado, lado errado e procedimento errado pode ser facilmente realizada, tanto em instituições públicas quanto privadas:

O trabalho interdisciplinar de toda a equipe do centro cirúrgico é de suma importância, para que a excelência no atendimento e segurança do paciente seja alcançada. A implantação de um protocolo ajuda a prevenir a ocorrência de eventos adversos, pois elimina a confusão em relação à demarcação e facilita a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica, sendo certamente efetiva na prevenção de erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico. (VENDRAMINI et al., 2010, p. 831).

O protocolo universal é um processo de três etapas no qual cada uma é complementar à prática de confirmar o paciente, local e procedimentos corretos (OMS, 2009; BRASIL, 2013):

A primeira etapa consiste na verificação do paciente, local e procedimento correto desde o momento da decisão de operar até o momento em que o paciente é submetido à cirurgia. Deve ser realizado quando o procedimento é marcado, no momento da admissão ou entrada na sala de operações, a qualquer momento em que a responsabilidade pela assistência ao paciente seja

transferida para outra pessoa e antes que o paciente deixe a área pré-operatória ou entre na sala cirúrgica.

A segunda etapa estabelece que o local ou locais a serem operados devem ser demarcados, particularmente em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (coluna vertebral). A demarcação deve ser feita no sítio operatório ou próximo a ele, tendo que ficar claramente visível, sem ambigüidades utilizando-se de um marcador permanente para que a marcação não seja removida facilmente com a degermação da pele. O cirurgião é o responsável por assinar o local, devendo concluí-la com o paciente alerta e acordado, pois seu envolvimento é importante. Para a Comissão Conjunta as falhas no engajamento do paciente (ou do profissional) são uma das causas de cirurgia em sítio errado (JOINT COMMISSION, 2014).

A terceira etapa compreende uma breve pausa antes da incisão para confirmar o paciente, o procedimento e o local da operação. Serve para assegurar que o paciente esteja corretamente posicionado e que implantes necessários ou equipamentos especiais estejam disponíveis. Toda a equipe precisa estar ativamente envolvida neste processo, tendo uma comunicação satisfatória para identificar, antecipadamente, quaisquer preocupações ou inconsistências.

É consenso entre os autores pesquisados que os protocolos para asseguaração do paciente e os procedimentos corretos estão bem estabelecidos. São de baixo custo e recomendados por muitas sociedades profissionais e, se seguidos com zelo e consideração, promovem a prática da cirurgia segura.

Após estudarem os sentimentos de pacientes no período pré-operatório, Silva e Nakata (2005) fazem um convite aos profissionais envolvidos nos processos cirúrgicos a inovarem na assistência à saúde, chamando a atenção para a necessidade de se fazer uma reflexão crítica da trajetória percorrida. Desta forma, destaca-se a visualização de novos horizontes e humanização da assistência, valorizando os aspectos emocionais com relação ao medo, pois os pacientes têm medo da dor, da anestesia, de ficarem incapacitados, e, principalmente, medo de morrer.

5 PLANO DE AÇÃO

A partir da observação do diagnóstico da realidade vivenciado no Hospital de Urgência de Teresina, a proposta deste estudo foi um plano de ação cujo produto baseou-se na tecnologia de concepção.

População Alvo:

Equipe médica, de enfermagem e pacientes cirúrgicos do Pronto-Atendimento do Hospital de Urgência de Teresina.

Período:

O POP será implantado a partir de 05 de maio de 2014.

Estratégias do plano de ação:

O Procedimento Operacional Padrão - POP: Cirurgia segura com demarcação de lateralidade foi elaborado com base nas diretrizes da segurança cirúrgica trazidas nos manuais e protocolos da OMS, OPAS, Ministério da Saúde - BRASIL, FIOCRUZ e ANVISA.

Por suas características, traz de forma resumida e esquemática, o passo a passo para a sinalização do local e lateralidade cirúrgica, desde a decisão médica sobre a necessidade da cirurgia até o ato da marcação, que lhe é privativo, juntamente com o paciente. Assim, aborda conceitos, finalidades, indicações e contraindicações, materiais necessários, descrições relacionadas e suas respectivas justificativas, e finaliza com observações pertinentes (Apêndice 1).

O POP foi desenvolvido utilizando-se manuais das entidades competentes na área da saúde com a finalidade de instrumentar a demarcação, sendo aplicável nos casos de lateralidade.

Organização e Planejamento:

1º Passo: Divulgação do POP para diretoria do HUT e FHT, suas estratégias e evidências científicas;

2º Passo: Divulgação do POP nos setores do pronto-atendimento para equipes médica e de enfermagem;

3º Passo: Implementação do POP.

Atividades a serem desenvolvidas:

Disponibilização do protocolo em todos os setores do pronto atendimento do referido hospital de urgência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demarcação do sítio cirúrgico é um procedimento simples, mas pode representar a diferença entre o certo e o errado, sendo crucial no prognóstico e seguimento do paciente, pois está diretamente relacionada à sua segurança.

As evidências em relação à aplicabilidade e benefícios de um protocolo que vise garantir uma assistência segura ao paciente é consenso entre os autores referenciados nesse estudo.

Apesar das dificuldades encontradas foi possível elaborar um POP para ser utilizado pelos profissionais no Hospital de Urgência de Teresina-PI.

Considerando-se que trata-se de um instrumento para beneficiar a qualidade da assistência, torna-se fundamental sua implementação na instituição. Neste sentido, toda a equipe de saúde deve direcionar esforços para que esse protocolo seja implantado visando, sobretudo, a segurança do paciente.

Será fundamental a parceria do Hospital de Urgência de Teresina e Fundação Hospitalar de Teresina para a execução e compromisso com as ações a serem desenvolvidas; e a participação ampla de toda equipe médica e de enfermagem do pronto-atendimento para garantir que o paciente seja encaminhado ao centro cirúrgico com o sinal da demarcação cirúrgica, caso haja a lateralidade.

REFERÊNCIAS

ASCON – ACESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO HUT / FMS – Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Disponível em: <http://saude.teresina.pi.gov.br/setor/Hospital-de-Urgencia-de-Teresina-Prof-Zenon-Rocha-HUT/11/>. Acesso em: 22 Mar.2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ANVISA/ FIOCRUZ. **Protocolo para cirurgia Segura**. Brasília, 2013.

DE VRIES E. N.; RAMRATTAN, M.A.; SMORENBURG, S.M et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Quality Safety Health Care**, v.17, n.3, p.216-223, Jun 2008. doi: 10.1136/qshc.2007.023622

FERRAZ, E.M. **Cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.36, n.4, p.281-282, 2009

FONSECA, R. W. P; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.4, p.428-433, 2009.

GOUVEIA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.6, p.1061-1078, jun, 2010.

JOINT COMMISSION. Hospital Accreditation Program. **National Patient Safety Goals Effective**. January 1, 2014

KWAAN, M.R, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. **Archives of Surgery**, v.141, 353-358, 2006.

LIMA, A. M.; SOUSA, C. S.; CUNHA, A.L.S.M. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. **Revista enfermagem UFPE**, v.7,n.1, p.289-294, jan., 2013.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio**

de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PEDREIRA, M. L.G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista Enfermagem**, v.; 22, n.esp., 880-881. 2009

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista administração e Saúde**, v.8, n.33, p.153-158, out.-dez. 2006.

SILVA, E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletronica Enfermagem** [Internet]. v. 12, n.3, p.422, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i3.11885. Acesso em: 22 Mar.2014.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.58, n.6, p.673-676, 2005.

VENDRAMINI, R. C. R et al. **Segurança do paciente em cirurgia oncológica**: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. *Revista Escola Enfermagem USP*, v.44, n.3, p.827-832, 2010.

ZEGERS M. et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. **Patient Safety Surgical**, v.5, n.13, p.2-11, 2011. doi:10.1186/1754-9493-5-13

APÊNDICE 1

Procedimento Operacional Padrão	
CIRURGIA SEGURA COM DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE	
Conceito: Demarcação de local ou locais a ser (em) operado(s).	
Responsável pela execução: Médico cirurgião e paciente.	
Finalidade: Todo procedimento cirúrgico deve ser realizado segundo as boas práticas de Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde. O paciente deve ser identificado corretamente segundo a meta Identificação do Paciente, tendo o sítio cirúrgico e lateralidade cirúrgica devidamente identificados.	
<p style="text-align: center;">Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • É particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral). 	<p style="text-align: center;">Contraindicações/Restrições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As exceções incluem órgãos únicos e casos em que o local da intervenção não tenha sido definido (Ex: Laparotomia exploradora).
Materiais:	
<ul style="list-style-type: none"> • Caneta dermatográfica; • Prontuário com os exames de imagem realizados. 	
Descrição do Procedimento:	Justificativa:
<p>1. Realizar durante visita ao paciente, consulta ao prontuário para confirmar a identidade do mesmo, o procedimento programado e o sítio cirúrgico;</p> <p>2. Realizar a demarcação do sítio cirúrgico juntamente com o paciente e seu familiar ou acompanhante antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico;</p> <p>3. Pedir ao responsável ou a um membro da equipe de saúde não envolvido no ato cirúrgico para participar da marcação quando o paciente não puder compreender ou colaborar;</p>	<p>1. Garantir segurança ao paciente evitando erros;</p> <p>2. Garantir segurança ao paciente evitando erros;</p> <p>3. Obedecer aos princípios éticos e legais;</p>

<p>4. Realizar a marcação com as iniciais ou nome de quem fez a marcação;</p> <p>5. Utilizar caneta dermográfica padrão fornecida pela equipe de Enfermagem para demarcar o sítio cirúrgico;</p> <p>6. Utilizar o intensificador de imagens para auxiliar as demarcações em cirurgias de coluna já no centro cirúrgico;</p> <p>7. Realizar a marcação em locais que permitam sua visualização após a colocação dos campos cirúrgicos;</p> <p>8. Realizar os devidos registros referentes ao procedimento sob sua responsabilidade.</p>	<p>4. Outras marcas não serão aceitas;</p> <p>5. Uniformidade de ações;</p> <p>6. Segurança do paciente;</p> <p>7. Segurança do paciente;</p> <p>8. Colaborar com os registros.</p>
<p>Observações</p> <p>Diversos trabalhos evidenciam que a marcação do sítio cirúrgico nos casos em que exista a lateralidade envolvida diminui o risco de se operar o lado errado. Acredite nesta marca. Ela pode garantir não só a segurança do paciente como também a dos profissionais envolvidos nesse processo.</p>	
<p>Referências</p> <p>SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC: Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Materiais e Esterilização. 6 ed. São Paulo: 2013.</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA/FIOCRUZ. Protocolo para cirurgia segura. 2013.</p> <p>QUINTAD’OR. Cirurgia Segura. Disponível em <http://www.quintador.com.br/documentos/quinta/livreto_cirurgia_segura_julho_2011.pdf>. Acessado em 24/01/2014 às 20:00.</p> <p>FREITAS, M. F. Conjunto de Políticas Institucionais de Qualidade e Segurança do Paciente. Rede de Hospitais São Camilo, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo.com/colaboradores/arquivos/politicas_qualidade.pdf> Acessado em: 24/01/2014 às 21:00.</p>	
<p>Elaborado por: Jairo José de Moura Feitosa</p>	<p>Data: 01/2014</p>