

Rosemary Andrade

**A CIRURGIA SEGURA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A QUALIDADE
E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE**

Belo Horizonte
2011

Rosemary Andrade

**A CIRURGIA SEGURA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A QUALIDADE
E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza

Belo Horizonte
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS INFECÇÕES

Prof. Clélio Campolina Diniz

Reitor

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Diretor do Hospital das Clínicas

Profa. Andréa Maria Silveira

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital das Clínicas da UFMG

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DIDÁTICA DO CURSO

Coordenadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Subcoordenadora: Profa. Edna Maria Rezende

Membros: Profa. Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza

Profa. Wanessa Trindade Clemente

Representantes discentes: Andreia Maria Martins Melo

Guimar Portugal de Macedo

Belo Horizonte

2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais da área de saúde em especial aos profissionais de enfermagem, a todos que se preocupam com o cuidar seguro e responsável e aos pacientes que necessitam de intervenções cirúrgicas.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus que sempre me segurou em suas mãos durante esta caminhada, ao meu esposo Renilson pelo apoio, aos meus filhos Gabriella e Matheus pela compreensão nos momentos de ausência dedicados ao estudo, aos colegas de trabalho pela colaboração, aos colegas de curso pela ajuda e companheirismo e aos Mestres, em especial à Prof^a. Dra. Adriana Cristina de Oliveira pelo conhecimento que me foi passado contribuindo para o meu crescimento profissional e conseqüente transformação do contexto no qual me vejo inserida.

RESUMO

Qualidade e segurança do paciente, no cenário contemporâneo passam a ser preocupação e interesse mundial, na assistência a saúde e esta inclui o procedimento cirúrgico. É importante estabelecer normas e procedimentos adequados para tornar a cirurgia, procedimento seguro para os pacientes e também passivo de ser aplicado na instituição. Objetiva com este trabalho discutir as vantagens da implantação dos métodos de cirurgia segura, demonstrando sua viabilidade. Trata de uma revisão integrativa da literatura, todos os procedimentos para execução de uma cirurgia segura, onde a segurança do paciente e a garantia da qualidade são fundamentais. Concluiu-se que a implantação e utilização correta de um *check-list* pode ser a melhor maneira para a garantia de um procedimento cirúrgico seguro.

Unitermos: Gestão de qualidade, Cirurgia e Controle de infecções.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Justificativa	5
2 OBJETIVOS	6
3 METODOLOGIA.....	6
4 REVISÃO DE LITERATURA	7
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
SUMMARY	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Qualidade e segurança do paciente, no cenário contemporâneo passam a ser preocupação e interesse mundial, na assistência a saúde e esta inclui o procedimento cirúrgico. Garantir a redução de seus riscos e melhoria da qualidade dos procedimentos reflete o envolvimento da equipe.

Os riscos podem estar presentes nos processos clínicos e também na estrutura física, incluindo os processos de liderança e planejamento, processos administrativos, indicadores de qualidade. E diante do crescimento do aparato tecnológico as cirurgias cresceram em número e precisam ser cada vez mais seguras.

Uma vez que qualidade e segurança estão presentes na rotina dos profissionais de saúde, as metas internacionais evidenciam com muita clareza os cuidados que devem ser tomados para certificação das cirurgias seguras. Garantindo ao cliente certeza da intervenção correta, local de intervenção correto, procedimento correto e paciente certo, ações simples, mas fundamentais.

O efeito adverso (EA) ocorre em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas, ou seja, 23,4 milhões de casos por ano, é a estimativa mundial. Por efeito adverso compreendem-se descuidos com a esterilização, utilização inadequada de antibióticos, queda (principalmente de idosos), queimaduras, medicação trocada ou errada, equipamentos defeituosos ou ausentes, falta de leitos de terapia intensiva, de condições adequadas de atendimento e falta de práticas e processos seguros, troca de pacientes (medicação, operação), troca do lado da operação ou procedimento, técnica cirúrgica ou anestésica inadequada e falta de treinamento profissional (FERRAZ, 2009).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que a cada ano, cerca de sete milhões de pacientes que passam por cirurgias sofrem complicações em todo o mundo. E que destes, um milhão de pessoas morre durante ou imediatamente após um procedimento cirúrgico. Cuidados simples como a checagem das informações clínicas da pessoa e do órgão a ser operado e os equipamentos médicos disponíveis podem fazer a diferença entre o sucesso de uma cirurgia e o início de complicações para o paciente. (OMS, 2009)

A OMS lançou em outubro de 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em atenção à Resolução 55.18 da 55ª Assembléia Mundial da Saúde ocorrida em maio de 2002, que recomendou à própria OMS e aos Estados Membros uma maior atenção ao problema da segurança do paciente (ANVISA, 2009).

A implantação de métodos de cirurgia segura pode ter vantagens e desvantagens, tanto para pacientes, médicos e enfermeiros como também para as instituições de saúde. Portanto, é importante estabelecer normas e procedimentos adequados para tornar as cirurgias em procedimentos seguros para os pacientes e também viável à lucratividade da instituição.

1.1 Justificativa

Desta forma, a relevância de se implantar um protocolo de segurança do paciente vai de encontro aos esforços voltados para acreditação, qualidade e confiança esperados pelos serviços de saúde.

2 OBJETIVO

Identificar e discutir as vantagens da implantação dos métodos de cirurgia segura, demonstrando sua viabilidade como prática a ser adotada nos procedimentos cirúrgicos realizados nas instituições de saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica integrativa, realizado por meio de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME – www.bireme.br). Foram identificados no Diretório de Descritores das Ciências da Saúde (DeCS), as palavras-chaves mais adequadas ao objetivo do estudo, a saber: Gestão de qualidade, Cirurgia e Controle de infecções.

Iniciou-se a busca bibliográfica realizando pesquisa avançada e combinando-se os descritores “Gestão de qualidade and Cirurgia”, e posteriormente “Cirurgia and Controle de infecções”, estabelecendo-se como limites ano de publicação posterior a 2005, idiomas português, espanhol e inglês, e pesquisas realizadas na espécie humana. Os artigos encontrados foram das bases LILACS e MedLine.

Dos artigos localizados leu-se o resumo de todos e escolhidos para leitura na íntegra aquele que eram pertinentes ao tema.

Durante a seleção excluíram-se os artigos duplicados nas bases de dados utilizadas. Ao final foram utilizados quatro artigos científicos, a conhecer a seguir (Quadro 1). Para complementar aspectos importantes no referencial teórico, foram utilizados protocolos e normas técnicas dos órgãos competentes, OMS e ANVISA.

Quadro 1: Discriminação dos artigos utilizados

Autores	Ano	Título	População	Tipo de Estudo
BOAZ, M. R; BORDIGNON, S. e NESRALLA, I. V.	2006	A importância de medidas preventivas na profilaxia de infecções em pacientes submetidos a transplante cardíaco nos primeiros 30 dias de pós-operatório.	População de 125 pacientes submetidos a transplante cardíaco, de junho de 1984 a janeiro de 2004.	Estudo descritivo de séries históricas, a partir coleta de dados foi realizada mediante a análise dos prontuários dos pacientes submetidos a transplante, com o auxílio de um roteiro investigativo específico.
FERRAZ, E.M.	2009	A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI.	_____	Revisão integrativa.
MACDONALD, D. J.M. <i>et al.</i>	2006	Improving hand-washing performance a crossover study of hand-washing in the orthopedic department.	55 funcionários do departamento de ortopedia de um Hospital Britânico.	Método observacional do emprego da técnica correta de higienização das mãos.
LINDENAUER, PETER.	2011	National Surgical Infection Prevention.	Avaliado 12.000 procedimentos cirúrgicos do ano de 2010.	Estudo retrospectivo quantitativo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Os desafios globais focados na segurança do paciente vieram despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e também apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais - um elemento central do trabalho da aliança - e a formulação de desafios globais para a segurança do paciente. A cada ano a aliança organiza programas que buscam melhorar essa segurança, e a cada dois anos um novo desafio é formulado para fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS (OMS, 2009).

O século XXI tem despertado uma grande preocupação nas autoridades sanitárias pelo aumento explosivo da população de idosos (acima de 65 anos) que é estimada em mais de 40 milhões nos Estados Unidos até 2010 e em 20 milhões no Brasil até 2020. Isso significa um grande aumento no custo da despesa e do tratamento desses pacientes e ainda da incidência das doenças do envelhecimento, tais como diabetes tipo 2, doenças vasculares, coronarianas, obesidade, doenças respiratórias e fatores de risco dos pacientes (FERRAZ, 2009).

No mundo foram realizadas 234 milhões de operações, uma para cada 25 pessoas vivas, sendo que a grande maioria, 75% em países desenvolvidos. Deste volume de procedimentos, ocorreram cerca de dois milhões de óbitos e mais de sete milhões dos pacientes apresentaram complicações que poderiam ser evitáveis. (OMS, 2008)

Diante destes dados a OMS e a Universidade Harvard iniciaram uma campanha mundial “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, na intenção de reduzir as complicações advindas dos procedimentos cirúrgicos. Esta ainda estabeleceu como meta de redução das taxas de infecção do sítio cirúrgico o percentual de 25% até o ano de 2020. (OMS, 2008)

Esse cenário preocupante necessita de prevenção imediata e um esforço conjunto de todos os países liderados pela OMS para inverter essa situação. Como meta prioritária para a segurança do paciente no período de 2006 a 2009, a OMS estabeleceu a melhoria da segurança e a prevenção

do erro humano e do efeito adverso, processos de segurança tiveram um grande avanço nos últimos 30 anos. (ANVISA, 2009)

Estimando que implicaria em uma significativa queda da morbidade e da mortalidade. A infecção hospitalar continua a ser motivo de preocupação, particularmente nos países em desenvolvimento. (OMS, 2008)

Com o avanço da tecnologia e do conhecimento, a adoção de um “check-list” anestésico tornou-se presente em toda cultura de segurança, que passou a ocorrer no ano de 2000, onde a mortalidade de 1 paciente ocorre em cada 250.000 anestésias. Apenas na África Sub-Saariana permanece um alto índice de mortalidade, sendo de um óbito para cada 100 anestésias. O erro humano cometido por profissionais de saúde é extremamente elevado, gerando 150.000 óbitos por ano nos USA e 80.000 óbitos por ano na Grã-Bretanha, sendo a 3ª causa de mortalidade após o câncer e as cardiopatias. Não existe estimativa desses números no Brasil. (FERRAZ, 2009)

As Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) são freqüentemente resultado de não conformidades ocorridas durante o processo de atendimento. A partir de 2007 a OMS, por meio do programa *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente* (“*World Alliance for Patient Safety*”), elegeu como uma prioridade a redução de danos ao paciente, inerente ao atendimento hospitalar. Foi elaborado o primeiro roteiro de cirurgia segura, denominado *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica* (“*Safe Surgery Check-list*”). O conceito de hospital seguro é o mais valorizado no mercado da área da saúde, combinando a redução de custos com a eficácia. (OMS, 2008)

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) está trabalhando em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) para implantar rotinas que aumentem a segurança das cirurgias. Procedimentos simples e baratos como o *check-list*, quando aplicados de forma rigorosa e sistemática apresentam resultados satisfatórios: proporcionam cirurgias muito mais seguras e reduzem os riscos de infecção hospitalar (ANVISA, 2009).

Para o Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Edmundo Ferraz, “os cuidados tomados antes, durante e após uma cirurgia podem representar a diferença entre a boa e a má qualidade de vida do paciente a partir dali, ou até mesmo entre a vida e morte dele”. Existem esforços para definir quais são as rotinas preventivas prioritárias, as estratégias para implantá-las e em que hospitais brasileiros elas devem começar a ser aplicadas. Em resposta ao desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (*Safe Surgery Saves Lives*) o Brasil integrou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada em 2004 pela OMS. (FERRAZ, 2009)

O Brasil aderiu à Aliança em novembro de 2007, quando os países-membros cumpriam o primeiro desafio proposto pela Aliança: “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura” (*Clean Care Is Safe Care*). Em resposta ao primeiro desafio, a ANVISA mobilizou a comunidade de profissionais de saúde para os cuidados com a higienização de mãos, uma das medidas mais baratas e eficazes na prevenção de infecções hospitalares. (ANVISA, 2009)

Existe uma interface muito tênue entre o efeito adverso e o erro. Baixos salários, condições inadequadas de trabalho e falta de manutenção de equipamentos podem levar a ambos. Da mesma maneira, um profissional sobrecarregado ou estafado e a ausência de protocolos de segurança, cenário comum na maioria dos hospitais públicos brasileiros, certamente aumentam essa probabilidade particularmente onde essa cultura não é incrementada. Faltam, portanto, protocolos adequados com registro de conformidades, efeitos adversos e registro de erros para que possamos conhecer e, sobretudo, evitar que ocorram novamente, o que se constitui em uma tarefa inadiável. O erro caracterizado pela negligência, imprudência e imperícia caracterizados nos códigos civil e penal não é apenas da responsabilidade do médico e sim de todos os profissionais de saúde, inclusive os administradores hospitalares. (FERRAZ, 2009)

A OMS elaborou um “*check-list*” para ser empregado em todos os procedimentos cirúrgicos, em qualquer Hospital do mundo, independente do seu grau de complexidade. O *check-list* abrangia apenas a operação a que o paciente seria submetido em três fases: antes de iniciar a anestesia, antes de iniciar a cirurgia e após o término do procedimento. Para verificar aplicabilidade foram estudados 7.688 pacientes divididos em dois grupos: antes da aplicação do “*check-list*” (3.733

pacientes) e após a aplicação do mesmo. As operações foram realizadas nas cidades de Boston, Seattle (USA), Toronto, Londres, Nova Delhi, Auckland, Aman, Manilha e Ijakara. (FERRAZ, 2009)

No dia 14 de janeiro de 2009, a conceituada Revista “*New England Journal of Medicine*” colocou na Internet os primeiros resultados, sendo avaliados apenas dois parâmetros: grandes complicações e mortalidade. As grandes complicações foram reduzidas de 11 para 7%, evidenciando uma queda significativa de 36% ($p < 0,001$) e a mortalidade caiu de 1 para 0,8%, correspondendo a um índice de redução de 47% ($p = 0,03$). (FERRAZ, 2009)

As infecções do sítio cirúrgico constituem causa de re-hospitalização e re-operação, além de óbito em pacientes cirúrgicos. A ocorrência de infecção do sítio cirúrgico em pacientes que se apresentavam com baixo risco para esta complicação está relacionada à falta de adesão aos procedimentos de segurança hospitalar. (LINDENAUER, 2010)

A OMS recomenda que sejam adotados praticas seguras em todas etapas do procedimento operatório. Na fase pré-operatória vale ressaltar, higienização das mãos, redução do tempo de hospitalização, controle glicêmico e processos infecciosos, protocolo de antibiótico profilático, higiene, antissepsia e paramentação adequada de todas equipe. (OMS, 2008)

Ainda para OMS (2008), no trans-operatório, preparar corretamente o campo operatório, emprego da técnica correta, sem quebras de nenhuma fase do processo. No pós-operatório, curativos realizados com técnica asséptica, trocá-lo quando sujo, solto ou úmido e tratar processos infecciosos precocemente.

No estudo de Lindenauer (2010), a Casa de Saúde São José, foi citada como exemplo ações para prover maior segurança ao paciente, em que apresentava uma “Política Institucional de Cirurgia Segura” baseada nas Práticas Organizacionais Exigidas (ROP) para as Instituições Integrantes do Sistema Canadense de Acreditação. Em todo mundo, quase metade de todos os eventos sentinelas nos hospitais está relacionada aos procedimentos cirúrgicos.

As evidências sugerem que pelo menos 50% de todos esses eventos podem ser prevenidos se os padrões de cuidados estiverem corretamente planejados e as ferramentas de checagem de segurança utilizadas. (LINDENAUER, 2010)

5 RESULTADOS E DISCUÇÃO

Após busca sistemática nas bases de dados foram encontrados 27 artigos, citados na LILACS e MEDLINE, destes após excluídos os indexados em ambas bases e que frente a leitura do resumo não eram pertinentes ao tema, usou-se apenas cinco artigos.

Segundo a OMS, dez objetivos devem ser obedecidos para evitar complicações graves e eliminar os erros em um procedimento cirúrgico (OMS, 2009):

- 1) A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
- 2) A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
- 3) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
- 4) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
- 5) A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
- 6) A equipe usará de maneira sistemática métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
- 7) A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
- 8) A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
- 9) A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;

- 10) Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

MacDonald (2006) traz para discussão que os guide lines não são eficazes se não houver educação. E que ainda é necessário estudar melhor os impactos da implantação de protocolos, como os sugeridos na campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

Corroboram no sentido de que a educação em serviço é o ponto fundamental para aperfeiçoamento das práticas, e prevenção de infecções. Esta educação continuada dentro das instituições dever perpassar por todos os níveis dentro da instituição, atingindo toda equipe multiprofissional. (BOAZ, BORDIGNON e NESRALLA, 2006)

A seguir é apresentado um resumo do fluxo de informações recomendado a ser seguido pela instituição no sentido de garantir a segurança do paciente, com o objetivo principal de fazer a Cirurgia Certa no Lugar Certo e no Paciente Certo. (CBA, 2010)

I. Papel da Central de Relacionamento:

No momento do agendamento cirúrgico será questionado ao médico e/ou à secretária os seguintes dados:

- Nome completo e data de nascimento do paciente;
- Procedimento a ser realizado;
- Local (lateralidade);
- Necessidade de equipamentos e/ou órteses, próteses e materiais especiais (OPME).

II. Papel da Internação:

- Na internação do paciente os dados existentes no Sistema serão confrontados com as informações colhidas com o paciente, mapa cirúrgico e folha espelho do prontuário pelo Serviço de Atendimento.

Em caso de dúvida e/ou inconsistência nas informações o processo será suspenso e o médico contatado imediatamente.

III. Papel da Enfermagem na Unidade de Internação:

Na admissão do paciente cirúrgico pela enfermagem nas Unidades de Internação será preenchido um impresso próprio onde as informações contidas na folha espelho do prontuário são confrontadas com o paciente. São elas:

- Nome completo e data de Nascimento do paciente;
- Procedimento a ser realizado;
- Local (lateralidade);

Se o paciente estiver inconsciente ou mentalmente confuso, as informações serão confirmadas com o responsável.

Em caso de dúvida e/ou inconsistência nas informações, o processo será suspenso e o médico contatado imediatamente.

A primeira marcação será feita com caneta retroprojetora vermelha em forma de um círculo cheio de 1 cm. Ressaltamos que será marcada a lateralidade e não o sítio cirúrgico.

IV. Papel da Enfermagem no Centro Cirúrgico:

Na admissão do paciente novamente será verificado:

- Nome completo e data de nascimento do paciente;
- Procedimento a ser realizado;
- Local (lateralidade);

- A primeira marcação feita pela enfermagem da Unidade de Internação.

Em caso de dúvida e/ou inconsistência nas informações, o processo será suspenso o médico contatado imediatamente.

V. Papel do Médico na sala cirúrgica:

Na admissão do paciente na sala cirúrgica, o Médico confronta as informações com o paciente, exames de imagem e a primeira marcação feita pela enfermagem da unidade de internação.

Se não houver divergências, o cirurgião deverá identificar o local com a segunda marcação: um halo ao redor do círculo com caneta retrojetora de cor azul.

VI. Sítio cirúrgico - Marcação:

Cabeça ao ombro - Ombro D ou E

Ombro ao quadril - Crista ilíaca D ou E

Quadril aos pés - Acima do joelho D ou E

VII. Na sala cirúrgica:

SIGN IN - antes da indução anestésica:

- Checagem pelo anestesiológico dos equipamentos de anestesia, drogas e materiais solicitados;
- Checagem pela equipe cirúrgica dos instrumentais (contagem), materiais, fios e equipamentos solicitados;

TIME OUT - após a indução anestésica.

- A equipe Médica, utilizando questionário próprio disponibilizado pela Enfermagem, checa os itens de segurança, tais como: a identificação do paciente, cirurgia proposta, local, alergias, antibiótico, profilaxia;
- As informações prestadas em voz alta pelo cirurgião são confirmadas por todos os responsáveis envolvidos.

SIGN OUT - após o término da cirurgia e antes da saída do paciente.

- A instrumentadora faz a recontagem do instrumental e compressas, confrontando-os com a descrição realizada no *Sign in*;
- A circulante faz a identificação e encaminhamento de peça anatômica se houver;
- A liberação do paciente da sala de cirurgia será condicionada à assinatura do impresso próprio pelo médico e circulante, finalizando o processo com segurança.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constituem-se como metas internacionais de segurança do paciente e devem ser seguidas passo a passo no intuito de se evitar erros nos procedimentos e garantir a execução de uma cirurgia segura: identificar o paciente certo, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança dos alertas de risco de medicamentos, assegurar o local correto, o paciente correto, o procedimento cirúrgico correto, reduzir o risco de infecções de saúde associadas, reduzir o risco de lesões em pacientes por quedas.

A OMS (2009) deixa claro que o uso do *check-list* testado e aprovado ajuda no custo envolvido, garantindo a lucratividade da instituição. A responsabilidade é de todos os profissionais de saúde e a criação do “*Check-list da Cirurgia Segura*” é uma meta que reduz complicações e mortes evitáveis no atendimento cirúrgico. O simples ato de lavar as mãos deve ser passado insistentemente para todos os profissionais que vão participar dos procedimentos.

O envolvimento das equipes participantes é que vai disseminar a nova cultura. Um ponto crítico é a integração dos membros da própria equipe cirúrgica: os cirurgiões, os anestesiólogos, os

enfermeiros e outros. As equipes cirúrgicas têm recebido pouca orientação ou estrutura para promover um trabalho de equipe efetivo e, assim minimizar os riscos, promovendo uma cirurgia segura.

O desafio de reverter as estatísticas com relação aos erros e acidentes em cirurgias é muito grande, porém, com a implantação e utilização do *check-list* é possível vencer este desafio e garantir ao paciente um tratamento de qualidade e segurança, dando à equipe médica todo respaldo quanto à execução de um trabalho seguro.

SAFE SURGERY AND ITS IMPORTANCE TO THE QUALITY AND SAFETY IN PATIENT CARE - INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

SUMMARY

Quality and patient safety, in the contemporary scene become global concern and interest in health care, this includes the surgical procedure. It is important to establish standards and procedures to make surgery safe in procedures for patient and also the possible profitability of the institution. This work aims to discuss the benefits of the playing the methods of safe surgery, demonstrating its viability. Is a integrative literature review. The procedures for implementing a safe surgery, where patients safety and quality assurance are essential. It was conclude that the implementation and correct use of checklist may be the best way to guaranteed a safe surgical.

Keywords: Quality management, Surgery and Infection Control.

REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2009.

BOAZ, M. R; BORDIGNON, S. e NESRALLA, I. V. A importância de medidas preventivas na profilaxia de infecções em pacientes submetidos a transplante cardíaco nos primeiros 30 dias de pós-operatório. **Braz J. Cardiovasc Surg.** 2006. V. 21. N. 2. 188-193 p.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional.** Rio de Janeiro, editora CBA: , 2010

FERRAZ, E.M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. Rev. Col. Bras. v. 36, n. 4, p. 281-282, 2009.

MACDONALD, D. J.M. *et al.* Improving hand-washing performance a crossover study of hand-washing in the orthopedic department. **The Royal College of Surgeons of England.** 2006. 289-291p.

LINDENAUER, P. **National Surgical Infection Prevention.** Disponível em <http://nj.gov/health/healthfacilities/presentations/prevention_lindenauer.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2011.

Organização Mundial de Saúde. Orientações da OMS para a cirurgia segura. Cirurgia Segura Salva Vidas. Geneva, 2009.