

# Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

PATIENT SAFETY IN ONCOLOGY SURGERY: EXPERIENCE OF THE SÃO PAULO STATE CANCER INSTITUTE

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO DEL CÁNCER DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Regiane Cristina Rossi Vendramini<sup>1</sup>, Elaine Aparecida da Silva<sup>2</sup>, Karine Azevedo São Leão Ferreira<sup>3</sup>, João Francisco Possari<sup>4</sup>, Wânia Regina Mollo Baia<sup>5</sup>

## RESUMO

A preocupação com a segurança do paciente em centro cirúrgico (CC) tem sido crescente, devido à elevada frequência de erros e eventos adversos, que muitas vezes poderiam ser prevenidos. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) propôs o Protocolo Universal (PU) para a prevenção do lado, procedimento e paciente errado. No Brasil foram poucas as instituições que o implantaram, sendo necessária a divulgação e avaliação da sua efetividade. O objetivo foi relatar a experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) na implantação do PU-JCAHO. O protocolo inclui três etapas: verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) e *TIME OUT*. O CC do ICESP está em funcionamento desde novembro de 2008. O PU-JCAHO é aplicado integralmente a todas as cirurgias. Até junho de 2009 foram realizadas 1019 cirurgias, sem registro de erro ou evento adverso. A implantação do PU-JCAHO é simples, sendo ferramenta útil para prevenir erros e eventos adversos em CC.

## DESCRIPTORIOS

Centro Cirúrgico Hospitalar.  
Procedimentos cirúrgicos operatórios.  
Erros médicos.  
Gerenciamento de segurança.  
Vigilância de evento sentinela.  
Protocolos.

## ABSTRACT

Patient safety concerns in surgery are increasing. The frequency of surgery-related adverse events and errors is high, and most could be avoided. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) proposed the Universal Protocol (UP-JCAHO) for preventing wrong site, wrong procedure, and wrong person surgery. In Brazil, very few health-care institutions have adopted this Protocol. Thus, there is a need to improve its dissemination and assess its effectiveness. The aim of the present study was to report the experiences of the Sao Paulo State Cancer Institute (ICESP, acronym in Portuguese) in implementing the UP-JCAHO. The Protocol comprises three steps: pre-operative verification process, marking the operative site and *Time out* immediately before starting the procedure. The ICESP surgical center (SC) has been functioning since November 2008. The UP-JCAHO is applied to all surgeries. A total 1019 surgeries were performed up to June 2009. No errors or adverse events were registered. The implementation of the UP-JCAHO is simple. It can be a useful tool to prevent error and adverse events in SC.

## KEY WORDS

Surgery Department, Hospital.  
Surgical procedures, operative.  
Medical errors.  
Safety management.  
Sentinel surveillance.  
Protocols.

## RESUMEN

La preocupación por la seguridad del paciente en centro quirúrgico (CC, siglas en portugués) ha sido creciente, debido a la elevada frecuencia de errores y eventos adversos que muchas veces podrían ser prevenidos. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) propuso el Protocolo Universal (PU) para la prevención de sitio, procedimiento o paciente equivocados. En Brasil, pocas instituciones lo implantaron, haciéndose necesaria la divulgación y evaluación de su efectividad. El objetivo del trabajo fue relatar la experiencia del Instituto del Cáncer del Estado de São Paulo (ICESP) en la implantación del PU-JCAHO. El protocolo incluye tres etapas: verificación preoperatoria, marcación del sitio quirúrgico (lateralidad) y *TIME OUT*. El CC del ICESP está en funcionamiento desde noviembre de 2008. El PU-JCAHO es aplicado integralmente en todas las cirugías. Hasta junio de 2009 fueron efectuados 1019 procedimientos quirúrgicos, sin registro de error o evento adverso. La implantación del PU-JCAHO es simple, y es una herramienta útil para prevenir errores y eventos adversos en el quirófano.

## DESCRIPTORIOS

Servicio de Cirugía en Hospital.  
Procedimientos quirúrgicos operativos.  
Errores médicos.  
Administración de la seguridad.  
Vigilancia de guardia.  
Protocolos.

<sup>1</sup> Enfermeira. Coordenadora do Bloco Operatório do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. regiane.vendramini@terra.com.br <sup>2</sup> Gerente de Enfermagem do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. elaine.apsilva@hcnet.usp.br <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora. Assessora de Pesquisa Científica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Guarulhos. São Paulo, SP, Brasil. karryi@hotmail.com <sup>4</sup> Enfermeiro. Mestre. Doutorando da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretor de Enfermagem do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. joao.possari@hcnet.usp.br <sup>5</sup> Enfermeira. Mestre. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora Geral da Assistência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. wania.baia@hcnet.usp.br

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente é um tema de relevância crescente em todo o mundo. Dados da literatura indicam que um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro ou evento, que na maioria das circunstâncias são passíveis de medidas de prevenção<sup>(1)</sup>.

Os eventos adversos podem ser definidos como qualquer incidente associado ao uso de medicamentos, equipamentos, dietas ou a realização de procedimentos. É classificado como sério quando resulta em morte, ameaça à vida, resulta em incapacidade permanente ou significativamente, requer ou prolonga a hospitalização, causa anomalia congênita ou necessita de intervenção para prevenir incapacidade ou dano permanente<sup>(2)</sup>. O evento adverso também pode ser definido como uma lesão ou complicação não-intencional, resultante, provavelmente, da assistência, e não da doença do paciente, e que resulte em morte, incapacidade ou prolongue a permanência no hospital<sup>(3)</sup>.

Os eventos adversos sérios, relacionados à cirurgia, foram agrupados em cinco categorias: 1) cirurgia realizada em local errado, 2) cirurgia realizada em paciente errado, 3) procedimento cirúrgico errado, 4) retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e 5) morte no intra-operatório ou pós-operatório imediato, em paciente classificados como ASA I<sup>(2)</sup>.

Os eventos adversos podem resultar de complicações relacionadas a medicamentos, procedimentos cirúrgicos, manipulação no leito, transferências, entre outros. De modo geral, a frequência de erros, a depender dos critérios utilizados, varia de 2,9 a 39% das admissões, sendo que 18 a 83% poderiam ser prevenidos<sup>(2,4)</sup>. A frequência dos diferentes tipos de erros é variável entre as diversas instituições de saúde. Segundo estudo realizado com 30.121 prontuários, 27,6% dos erros foram devido a negligência do profissional, 70,5% resultou em incapacidade em tempo inferior a seis meses, 2,6% em incapacidade permanente e 13,6% em morte<sup>(3)</sup>. Segundo estudos realizados no Canadá e Estados Unidos, os erros associados a procedimentos cirúrgicos foram os mais frequentes, perfazendo 51,4% de 1133 eventos identificados no Canadá e 44,9% nos Estados Unidos<sup>(5-6)</sup>. Os erros foram mais frequentes nos hospitais de ensino que em hospitais gerais<sup>(6)</sup>.

A ocorrência dos eventos adversos resulta em aumento dos custos adicionais, devido ao prolongamento da hospitalização, readmissão, repetição do procedimento cirúrgico e morte. O percentual de readmissão para pacientes que sofrem ao menos um evento adverso, em relação aos que não sofrem foi de 25% versus 17% e o percentual de morte foi de 1,3% versus 9,2%. O paciente que sofre um evento tem 20% e 17% mais chance de ser readmitido dentro de três meses e um mês, respectivamente<sup>(7)</sup>.

Este panorama tem justificado a proposição de alguns protocolos, por instituições governamentais e privadas, para a prevenção de erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico. A frequência de erros e eventos adversos é considerada um dos indicadores de qualidade da assistência, sendo um dos pontos avaliados em alguns processos de acreditação. Para garantir a qualidade da assistência ao paciente cirúrgico, em julho de 2003, a *Joint Commission Board of Commissioners (JCAHO)* propôs o Protocolo Universal para Prevenção do lado errado, procedimento errado e paciente errado<sup>(8-9)</sup>, sendo também recomendado pelo Colégio Americano de Cirurgiões<sup>(10)</sup>. Nesta mesma direção, em 2004 foi criada a *World Alliance for Patient Safety*, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que em 2007 iniciou um programa direcionado para a redução de erros e eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos, denominado de *Save Surgery Saves Lives* (Cirurgia segura salva vidas)<sup>(11)</sup>. Este programa, semelhantemente ao proposto pela JCAHO, recomenda a utilização de um *checklist* para cirurgia segura que inclui algumas tarefas e procedimentos básicos de segurança.

O protocolo Universal da JCAHO inclui três etapas: verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico e procedimentos antes do início da cirurgia *TIME OUT*<sup>(9)</sup>, as quais estão descritas abaixo. O protocolo da OMS, além das etapas propostas pela JCAHO, inclui uma etapa de conferência no período pós-operatório imediato (*sign out*)<sup>(11)</sup>. As etapas da OMS são denominadas de: *Sign in* (antes da indução anestésica), *TIME OUT* (antes da incisão da pele) e *Sign out* (antes do paciente sair da sala cirúrgica).

Etapas do Protocolo Universal da JCAHO<sup>(1)</sup>:

A frequência de erros e eventos adversos é considerada um dos indicadores de qualidade da assistência, sendo um dos pontos avaliados em alguns processos de acreditação.

**1. Verificação pré-operatória:** visa assegurar que todos os documentos e informações relevantes ou equipamentos estejam disponíveis antes do início do procedimento, estejam corretamente identificados e etiquetados, estejam concordantes com o registro de identificação do paciente e sejam consistentes entre si, com as expectativas do paciente e com a compreensão da equipe sobre o paciente, o procedimento, o local da cirurgia. A falta de informações ou as discrepâncias, devem ser abordadas e resolvidas antes do início do procedimento.

**2. Marcação do sítio operatório** (lateralidade): visa identificar, sem ambigüidade, o local do procedimento cirúrgico. Para os procedimentos envolvendo a distinção entre estruturas bilaterais (direita e a esquerda), estruturas múltiplas (como os dedos das mãos e dos pés) ou níveis múltiplos (como nos procedimentos de coluna), o sítio deve ser marcado de modo que a marca seja visível após o paciente ter sido preparado.

**3. Pausa – TIME OUT:** esta etapa é fundamental, sendo realizada em sala cirúrgica antes do início do procedimento. Tem por objetivo avaliar e assegurar que o pacien-

te, o local cirúrgico, o procedimento e o posicionamento estão corretos, e que todos os documentos, equipamentos e informações estão disponíveis. Nesta etapa, todo o processo de conferência é realizado verbalmente, em voz alta e com a participação da totalidade dos membros da equipe cirúrgica, sendo requerida a interrupção de toda e qualquer atividade em sala. A leitura dos itens é realizada de forma integral e exatamente como escrito no formulário.

O processo de verificação deve ser interdisciplinar, contando com a participação de todos os membros da equipe, sendo exigida a comunicação ativa entre todos.

O protocolo deve ser iniciado por um membro designado na equipe e conduzido de modo seguro, para evitar falhas. Para isto, o procedimento cirúrgico não é iniciado até que todas as questões ou preocupações estejam resolvidas. Este papel é geralmente desempenhado pelo enfermeiro, que pode, ocasionalmente, sentir-se pouco à vontade ao insistir com que a pausa seja realizada logo antes do início do procedimento. Entretanto, os enfermeiros devem ser leais e comprometidos com a segurança do paciente em suas interações com a equipe cirúrgica, a fim de garantir que ocorra a verificação final (TIME OUT)<sup>(1)</sup>.

A segurança é um dos critérios básicos para se garantir a qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido a adoção de estratégias para redução de erros e eventos adversos em Instituições de Saúde é fundamental, especialmente em oncologia onde muitas cirurgias incluem ressecções amplas e a identificação errada do paciente pode ter repercussões desastrosas<sup>(12)</sup>. Estes erros podem ser prevenidos com a implantação de medidas simples e seguras, que precisam ser divulgadas para que instituições brasileiras as adotem. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na implantação do protocolo universal da JCAHO como estratégia de segurança para a prevenção de erros e eventos adversos, relacionados ao procedimento cirúrgico.

## MÉTODO

O presente trabalho é um estudo descritivo de relato da experiência. Foi realizado no Centro Cirúrgico (CC) do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo *Octávio Frias de Oliveira* (ICESP), que é uma Organização de Saúde (OS) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, administrada pela Fundação Faculdade de Medicina com apoio da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O CC possui 22 salas de operação e, no presente momento somente cinco salas estão ativas, com produtividade mensal de 200 cirurgias.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### *Implantação do Protocolo Universal*

O CC do ICESP está em funcionamento desde novembro de 2008. Desde a sua inauguração, o Protocolo Univer-

sal proposto pela JCAHO tem sido aplicado integralmente a todas as cirurgias. Até junho de 2009 foram realizadas 1019 cirurgias, não tendo ocorrido nenhum erro ou evento adverso.

O projeto de implantação do Protocolo Universal foi elaborado pela enfermeira coordenadora do CC, sendo revisado e aprovado pela Diretoria de Enfermagem e Diretoria Geral da Assistência. Ele contemplava a descrição das etapas do Protocolo, os recursos materiais e os recursos humanos necessários, o instrumento utilizado como roteiro para a realização das etapas (*checklist*) (Anexo 1) e o conteúdo do treinamento.

**Os recursos humanos:** a execução do Protocolo Universal não exigiu a inclusão adicional de membros na equipe de enfermagem do CC, o qual conta com 16 enfermeiros, 32 técnicos e 14 instrumentadores que participam do processo. Na escala diária é designado um enfermeiro por sala cirúrgica, que fica responsável por garantir a execução de todas as etapas do Protocolo. Em cada uma das salas cirúrgicas há participação média de um enfermeiro, um técnico e um instrumentador. Em caso de cirurgias amplas, participam dois técnicos.

**O treinamento:** todos os enfermeiros, técnicos de enfermagem, instrumentadores, médicos e anesthesiologistas foram treinados. Os tópicos abordados foram: definição de erro e evento adverso; perfil de erros e eventos em CC; etapas de implantação do Protocolo Universal para *do lado errado, procedimento errado e paciente errado*; e como preencher o *checklist*. O desempenho e conhecimento dos profissionais foram avaliados por questões abertas e fechadas, sendo atribuídos conceitos A, B, C e D. Os profissionais com conceitos A e B foram considerados habilitados e os demais realizaram novamente o treinamento até serem aprovados. A maioria dos profissionais apresentou excelente desempenho, não relatando dificuldade na compreensão dos conceitos apresentados.

**Os recursos materiais:** foi solicitada caneta dermatológica para demarcação do sítio cirúrgico, a impressão dos formulários *checklist* com as etapas descritas e placas de sinalização. As placas possuem tamanho de 30 cm x 25 cm e foram confeccionadas em material plástico e lavável. O formulário *checklist* é um roteiro que inclui todos os itens que devem ser conferidos em todas as etapas do Protocolo, desde a admissão até a cirurgia (Anexo 1). Este formulário foi elaborado a partir do instrumento sugerido pela JCAHO<sup>(13)</sup>.

### *Descrição do Protocolo*

As três etapas do Protocolo Universal são realizadas no CC, conforme descrito abaixo:

#### *Verificação pré-operatória e marcação do sítio cirúrgico*

O paciente, ao chegar ao CC, é encaminhado para a sala de admissão, onde são realizados todos os procedimentos de verificação pela equipe de enfermagem. Primeiramente,

é conferida a concordância entre o nome e registro do paciente, contidos na pulseira de identificação, com o tipo de procedimento cirúrgico agendado para ser realizado, o local da cirurgia e a presença da assinatura do paciente nos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico e anestésico. Os TCLE incluem o nome completo do paciente e informações sobre o tipo, local, risco anestésico e cirúrgico e razão para o procedimento a ser realizado. Estes são entregues ao paciente, no Ambulatório de Risco Pré-operatório, pelos médicos anesthesiologista e cirurgião, devendo ser assinado pelo paciente e médicos. Se paciente menor que 18 anos ou incapaz, os TCLE serão assinados pelo responsável.

Após a enfermagem verificar a documentação do paciente, é solicitada a presença do cirurgião na sala de admissão. O cirurgião deve identificar-se ao paciente e realizar a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) com um círculo realizado com caneta dermatológica. Nesta etapa o paciente ainda está consciente e deve declarar - e não confirmar - o seu nome, data de nascimento e local da cirurgia. A identificação do local de intervenção é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo<sup>(8)</sup>. Nesta etapa, a participação do enfermeiro é essencial, sendo fundamental para garantir que os sítios cirúrgicos sejam marcados. A participação do paciente é incentivada.

A marcação do sítio cirúrgico é obrigatória em todos os procedimentos cirúrgicos, exceto quando: cirurgia em órgão único, casos de intervenção nos quais o local de inserção do cateter/instrumento não é predeterminado, recusa do paciente e cirurgias de emergência.

Após a marcação do sítio cirúrgico, a equipe de enfermagem preenche o *checklist* (Anexo 1), no qual anota informações do prontuário pertinentes à identificação do paciente, as alergias e o local da cirurgia (lateralidade). Após o preenchimento do documento, a equipe separa as placas de sinalização de acordo com as informações colhidas (alergias e lateralidade), e as encaminha juntamente com o paciente e com o prontuário à sala operatória. As placas permitem a identificação do paciente através da escrita com caneta Piloto e com cores diferentes, sendo a cor vermelha usada para identificar *alergias* e a cor amarela para identificar *lateralidade*.

#### TIME OUT

Na sala de operação, o enfermeiro e o circulante, junto com os cirurgiões e anesthesiologista, realizam a checagem (*TIME OUT*), antes de iniciar o procedimento. Neste momento, o enfermeiro confere, em voz alta, na presença dos cirurgiões e do anesthesiologista, os seguintes itens:

**Paciente certo:** verifica a identificação do paciente quanto ao nome completo e número de prontuário;

**Procedimento certo:** verifica no prontuário o procedimento agendado;

**Local certo:** local da cirurgia demarcado de acordo com o procedimento agendado;

**Antimicrobiano:** prescrito de acordo com protocolo preconizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da instituição e administrado na sala de operação;

**Alergias:** sinalizadas com identificação em placa de segurança;

**Risco de Perda Sanguínea:** verifica se haverá perda superior a 500 ml (7 ml/Kg em crianças) identificado no aviso de cirurgia, que acompanha o paciente na sala;

**Equipamentos, materiais e medicamentos:** verifica se todos os equipamentos, materiais e medicamentos solicitados e necessários para a cirurgia estão disponíveis na sala e dentro do prazo de validade;

**Documentação certa:** verifica se consentimentos (anestesia e cirurgia) estão preenchidos e exames complementares relevantes para o procedimento estão em sala de operação;

**Posicionamento correto:** verifica se o paciente está adequadamente posicionado, de acordo com o procedimento a ser realizado.

Os pacientes não são encaminhados para a sala de operação sem marcação e, antes do início da cirurgia, o *checklist* deve estar completamente preenchido. A não conformidade com esta exigência, resulta no adiamento do procedimento, até que todos os itens estejam conferidos. Este controle é de responsabilidade do enfermeiro.

## DISCUSSÃO

A finalidade da implantação do Protocolo Universal no CC do ICESP, foi garantir a segurança do paciente cirúrgico pela prevenção e redução de riscos. Este objetivo foi alcançado, visto que não foi identificado nenhum erro ou evento adverso desde o início das atividades do CC, sugerindo ser este Protocolo efetivo.

O Protocolo Universal da JCAHO, apesar de ser amplamente utilizado, não pode prevenir todos os erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico<sup>(14)</sup>, sendo necessária a adoção futura de novos procedimentos de segurança do paciente.

Estudo realizado com 28 hospitais americanos que já tinham implantado os procedimentos do Protocolo Universal verificou que de 1153 erros, 62% (n=25) estavam relacionados ao local cirúrgico incorreto; destes, treze foram investigados em detalhes para a identificação da causa-raiz, sendo verificado que nove envolviam ambigüidades ou erros que precederam a chegada do paciente à sala de operação no dia da cirurgia. Destes, quatro casos envolviam erros no agendamento da sala cirúrgica; três múltiplas lesões que não foram todas identificadas ou documentadas na visita clínica pré-operatória e, assim, não constavam no termo de consentimento; um estava relacionado à impressão incorreta da imagem de ressonância magnética, onde a imagem foi impressa para um paciente com o mesmo nome do paciente submetido a cirurgia; e um estava rela-

cionado a anotação incorreta do local da cirurgia no prontuário e no termo de consentimento<sup>(14)</sup>.

Os erros e eventos adversos, sempre que identificados, devem ser investigados e analisados detalhadamente. A identificação das causas, por meio da análise da causa-raiz, tem mostrado-se efetiva<sup>(15)</sup>. Esse processo envolve uma abordagem baseada em sistemas que examinam todas as atividades na organização, contribuindo para a manutenção e a melhoria da segurança do paciente, tais como o progresso no desempenho e a administração dos riscos. Esses visam garantir que as atividades funcionem juntas, não de maneira isolada, para melhorar o atendimento e a segurança.

A prevenção de eventos adversos é um pré-requisito da segurança do paciente. Uma política de tolerância-zero é o único padrão que pode eticamente ser justificado por instituições de saúde ou ser aceito por pacientes e pelo público. A implantação destas políticas pode enfrentar barreiras organizacionais e culturais, especialmente por parte dos profissionais do CC<sup>(16)</sup>. Um das maiores barreiras é a falta de treinamento da equipe, a não adesão dos profissionais ao protocolo e o não comprometimento da instituição<sup>(17)</sup>. Deste modo, a educação e supervisão continuada de todos os profissionais são fundamentais, bem como a adoção do protocolo como uma política institucional.

Diversos procedimentos para a prevenção do paciente errado, lado errado e procedimento errado têm sido adotados em outras instituições fora do Brasil, em concordância com as recomendações da *American Academy of Orthopaedic Surgery, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Veteran's Health Administration, Canadian Orthopaedic, e a North American Spine Society Associations*. Entretanto, segundo revisão sistemática realizada recentemente, não há evidências na efetividade destes procedimentos de segurança, sendo necessária a realização de estudos futuros<sup>(18)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008.
2. Kizer KW, Stegun MB. Serious Reportable Adverse Events in Health Care [text on the Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publication; 2005. [cited 2009 Jun 15]. Available from: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Kizer2.pdf>
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-6.
4. von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr*. 2003;115(10):318-25.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38(3):261-71.
6. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004;170(11):1678-86.
7. Friedman B, Encinosa W, Jiang HJ, Mutter R. Do patient safety events increase readmissions? *Med Care*. 2009;47(5):583-90.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. JCAHO to hold summit on wrong-site, wrong-procedure, wrong-person surgeries. *Jt Comm Perspect*. 2003;23(3):7-8.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Approved: revisions to 2007 National Patient Safety Goals and Universal Protocol. *Jt Comm Perspect*. 2007;27(3):5-6.

10. Statement on ensuring correct patient, correct site, and correct procedure surgery. Bull Am Coll Surg. 2002;87(12):26.
11. World Health Organization (WHO). Checklists save lives. Bull World Health Organ. 2008;86(7):501-2.
12. Schulmeister L. Patient misidentification in oncology care. Clin J Oncol Nurs. 2008;12(3):495-8.
13. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Speak Up: the universal protocol [text on the Internet]. 2009 [cited 2009 Jun 12]. Available from: [http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/F8046F2C-A8A2-412F-88D4-E1762BCC5C26/UP\\_Poster.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/F8046F2C-A8A2-412F-88D4-E1762BCC5C26/UP_Poster.pdf)
14. Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. Arch Surg. 2006;141(4):353-7; discussion 357-8.
15. Bjorn B, Rabol LI, Jensen EB, Pedersen BL. [Wrong-site surgery: incidence and prevention]. Ugeskr Laeger. 2006;168(48):4205-9.
16. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Arch Surg. 2006;141(9):931-9.
17. Dunn D. Surgical site verification: A through Z. J Perianesth Nurs. 2006;21(5):317-28; quiz 329-31.
18. Michaels RK, Makary MA, Dahab Y, Frassica FJ, Heitmiller E, Rowen LC, et al. Achieving the National Quality Forum's "Never Events": prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. Ann Surg. 2007;245(4):526-32.
19. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):113-9.

### Anexo 1 - Impresso da Admissão na Sala Pré-Operatória

#### ADMISSÃO – CENTRO CIRÚRGICO

Data: ____/____/____ Hora: _____	Identificação: Etiqueta do paciente
Diagnóstico Médico:	
Procedimento a ser realizado:	

#### CHECK-LIST

<input type="checkbox"/> Prontuário Completo	<input type="checkbox"/> Demarcação Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Pulseira de Identificação	<input type="checkbox"/> Tricotomia
<input type="checkbox"/> Avaliação Pré-Anestésica	<input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais
<input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Exames Radiográficos
<input type="checkbox"/> Consentimento Anestésico	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Jejum desde: ____/____/____ às _____ h	<input type="checkbox"/> Retirada de adornos, próteses, dentaduras, lentes e roupas íntimas
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem:	COREN:

#### TIME OUT

Realizado na sala cirúrgica, em voz alta, na presença do cirurgião e anestesilogista.

<input type="checkbox"/> <b>Paciente Certo:</b> identificação do cliente (nome completo e número do prontuário).
<input type="checkbox"/> <b>Procedimento Certo:</b> checagem no prontuário do procedimento agendado.
<input type="checkbox"/> <b>Local Certo</b> (local demarcado de acordo com o procedimento agendado).
<input type="checkbox"/> <b>Antimicrobiano</b> (conforme protocolo)
<input type="checkbox"/> <b>Alergias</b> (relatadas pelo paciente)
<input type="checkbox"/> <b>Risco de perda sanguínea</b> (identificado pelo cirurgião no aviso cirúrgico)
<input type="checkbox"/> <b>Equipamentos, materiais e medicamentos certos</b> (conforme estabelecido pela equipe médica)
<input type="checkbox"/> <b>Documentação Certa</b> (anamnese, exame físico, avaliação pré-anestésica, termo de consentimento cirúrgico, termo de consentimento anestésico exames complementares)
<input type="checkbox"/> <b>Posicionamento Certo</b> (de acordo com o procedimento a ser realizado)
Obs.:

#### Responsáveis pelo Procedimento

Enfermeiro	Cirurgião	Anestesilogista
------------	-----------	-----------------