

Segurança do paciente por meio da aplicação adequada do checklist de cirurgia segura*Patient safety through proper application of the safe surgery checklist**Seguridad del paciente mediante la aplicación adecuada de la lista de verificación de cirugía segura***José Rafael Beordo¹**

ORCID: 0000-0001-9452-7724

¹Hospital Samaritano. São Paulo, Brasil.**Como citar este artigo:**

Beordo JR. Segurança do paciente por meio da aplicação adequada do checklist de cirurgia segura. Glob Acad Nurs. 2021;2(1):e88. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200088>

Autor correspondente:

José Rafael Beordo

E-mail: rafaelbeordo@uol.com.br

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca
Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 16-11-2020**Aprovação:** 21-12-2020

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em outubro de 2004, lançou-se a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, que visa à conscientização para melhoria da segurança dos cuidados, além do desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde. Um dos ‘Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente’, que pretende identificar os itens mais significativos do risco à segurança do paciente, é ‘Cirurgia Segura Salva Vidas’. Este desafio foi implementado em 2007 e 2008 para reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS¹⁻³.

Neste viés, especialistas criaram ainda, um checklist de verificação cirúrgica cujo objetivo consiste em prevenir erros e complicações que podem ocorrer durante a cirurgia ou perioperatório. Uma variedade de intervenções têm mostrado promessa de melhorar a segurança do paciente. Sendo composto de três etapas, o checklist contém: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica – pausa cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e Registro (antes de o paciente sair da sala cirúrgica)⁴.

Sobretudo, o objetivo essencial estabelecido pela OMS consiste na diminuição da morbimortalidade em pacientes cirúrgicos, fornecendo às equipes cirúrgicas e administradores hospitalares orientações sobre a função de cada indivíduo e do padrão de uma cirurgia segura^{2,5}.

O desenvolvimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica foi guiado por três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração⁶. Nesse sentido, este checklist padronizado constitui-se como uma estratégia direcionada para as medidas de segurança no intraoperatório, no entanto, os períodos pré e pós-operatório também são de suma importância para a segurança do paciente cirúrgico. Os profissionais da Enfermagem, por sua vez, são considerados como:

“[...] responsáveis pela aplicação do ‘checklist’ – embora seja possível que outro profissional assumisse esse papel – oferece como ponto facilitador a sua condição de transitar em todas as etapas no cuidado ao paciente durante o perioperatório e de vivenciar a realidade burocrática e prática da organização. Apesar disso, é necessário que esse profissional tenha conhecimento e esteja treinado para a utilização da lista. Deve estar apto a interromper qualquer das etapas, caso julgue necessário, ou dar prosseguimento para a próxima fase. No caso de ocorrer qualquer tipo de violação na checagem, o processo será perdido na sua totalidade. A observação dos detalhes é de extrema importância”^{14:38}.

Assim, compreende-se que a equipe de enfermagem é peça fundamental na aplicabilidade do checklist, contudo, se esta não estiver preparada ou não possuir o conhecimento acerca do instrumento, essa avaliação fica comprometida. Nessa direção, a falta de conhecimento científico da equipe de enfermagem quanto ao tema cirurgia segura pode ser considerada como um fator adverso.

Tratando-se da segurança disposta ao paciente, configura o conjunto de ações para evitar, prevenir e minimizar os desfechos adversos ou danos evitáveis que têm origem nos processos de cuidado à saúde. Do mesmo modo, a OMS sinaliza que este âmbito pode ser alcançado através de três ações complementares: evitar a ocorrência de eventos adversos; facilitar sua visualização; e minimizar os efeitos através de medidas eficazes^{1,4}.

Sobretudo, evidenciando a cultura de segurança como um todo, deve ser apontado as seguintes características:

- Todos os trabalhadores incluindo, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- Prioridade da segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- Encorajamento e recompensa da identificação, notificação e resolução de problemas relacionado à segurança;
- Promoção do aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes;
- Disponibilização de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança⁷.

Da mesma forma, consideram-se como itens de classificação de segurança do paciente, segundo a OMS: 1- o tipo de evento (se evento adverso/quase falha/evento 30 sentinela); 2- o tipo de desfecho do paciente (se dano: leve/moderado/grave/morte); 3- as características clínicas do paciente; 4- as características do evento notificado; 5- os desfechos ocorridos na Instituição; 6- a detecção dos riscos; 7- os fatores de mitigação; 8- as ações de melhoria e 9- as ações preventivas de riscos adotadas sistematicamente em toda a instituição⁸.

Sobretudo, a OMS propõe como estratégia para consolidar a segurança cirúrgica que as equipes operatórias sigam dez objetivos básicos e essenciais frente à realização de qualquer procedimento cirúrgico. São eles:

1. A equipe irá operar local correto do paciente correto;
2. A equipe irá utilizar métodos conhecidos para evitar danos pela administração de agentes anestésicos, ao mesmo tempo em que garante analgesia ao paciente;
3. A equipe irá reconhecer e se preparar efetivamente para o risco de perda da via aérea ou função respiratória;

4. A equipe irá reconhecer e se preparar efetivamente para o risco de elevada perda de sangue;
5. A equipe irá evitar induzir qualquer alergia ou reação adversa a medicamento conhecido por ser um risco significativo para o paciente;
6. A equipe irá consistentemente usar métodos conhecidos para minimizar os riscos de infecção do sítio cirúrgico;
7. A equipe irá impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas;
8. A equipe irá garantir a identificação precisa de todos os espécimes cirúrgicos;
9. A equipe irá se comunicar efetivamente e trocará informações críticas sobre o paciente para garantir uma condução segura da cirurgia;
10. Hospitais e sistemas de saúde pública estabelecerão uma rotina de vigilância quanto à capacidade cirúrgica, volume cirúrgico, e os resultados cirúrgicos⁵.

Algumas dificuldades podem ser encontradas em relação à aplicação do checklist, sobretudo, a falta de comunicação se caracteriza como maior dificuldade encontrada para um melhor desempenho da equipe cirúrgica está na própria equipe, sendo esta, a responsável por manter um bom relacionamento e, principalmente, uma comunicação efetiva.

Mediante a isto, a comunicação eficaz propicia humanização e constrói o cuidado de modo transformador, decorrentes da interação entre paciente e colegas de trabalho. A equipe que trabalha unida com o propósito de aplicar seus conhecimentos e habilidades em prol do paciente acaba por prevenir complicações relacionadas ao processo cirúrgico que possam ameaçar a vida. O entrosamento entre a equipe, a redução da chance de erros e a participação ativa do enfermeiro estão entre as principais potencialidades do checklist^{9,10}.

Dessa forma, o checklist para cirurgia segura é um instrumento que garante a segurança de paciente submetido a cirurgia, desde que realizadas de acordo com as diretrizes estabelecidas pela OMS, em conjunto com a instituição. Pode ser especificado que o mesmo deve estabelecer uma comunicação eficaz entre a equipe cirúrgica e garante padrões de segurança para cada paciente.

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. 1ª. ed. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2016 jan. 15]. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
2. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde (BR). Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
3. Monteiro F, Silva LR. "Checklist" Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. Rev. Ciênc. Méd. Biol. 2013;12(Spe):482-485. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9196>
4. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde (BR). Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
5. Moura GMSS, Magalhães AM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. IN: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.



6. Ferraz EM. A cirurgia segura em serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.
7. Rosa MB. Segurança do paciente: falhas humanas e tipo de abordagem: histórico e consequências. Eurofarma Hospitalar. ISMP; 2014.
8. Hinrichsen SL, et al. Gestão da Qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo piloto. RAHIS. 2011;7:10-17.
<https://doi.org/10.21450/rahis.v3i7.1400>
9. Gomes CDPP, Santos AA, Machado ME, Treviso P. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. Rev. SOBECC. 2016;21(3):140-145.
10. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev. Gaúcha Enferm. 2013;34(1). <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>

