

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: UM CAMINHO À SEGURANÇA DO PACIENTE

Samantha Katerine Ribeiro Peixoto¹
Bruno Mainardes Pereira¹
Ludimila Cristina Souza Silva²

RESUMO: As infecções de sítio cirúrgico são importantes indicadores negativos de qualidade assistencial, tornando-se, também, um impedimento à segurança do paciente. Frente a isso, o Ministério da Saúde desenvolveu o protocolo “Cirurgias seguras salvam vidas” que preconiza a estimulação de bons métodos para a redução da morbimortalidade associada a práticas cirúrgicas inadequadas. O objetivo deste estudo é destacar a importância da implementação do protocolo de cirurgia segura para garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Trata-se de uma revisão integrativa. Os dados foram obtidos através da busca em bases de dados virtuais em saúde, como BIREME, LILACS, MEDLINE e SCIELO. Foram utilizados 17 artigos, o maior índice de publicações foi em 2013 com oito (47%) estudos, em 2007, com um (5,9%) estudo, o ano que teve o menor índice de publicação. O método descritivo foi utilizado em sete (41,1%) estudos, seguido do transversal com cinco (29,4%). O *checklist* de cirurgia segura é separado em três fases: antes da indução anestésica (identificação), antes da incisão cirúrgica (confirmação) e antes do paciente sair da sala cirúrgica (registro). O *checklist* proporciona maior segurança para a equipe, possibilita a padronização dos serviços e rotina, instiga a equipe a preocupar-se com a segurança do paciente e minimiza os atritos causados por situações inesperadas. É de grande relevância a aplicabilidade do *checklist* para cirurgia segura, porém, aliada a essa estratégia, deve-se despertar o interesse dos profissionais em implementar essas ações, com foco na segurança do paciente.

Palavras – chave: Cirurgia Segura. *Checklist*. Segurança do paciente.

CHECKLIST FOR SAFE SURGERY: A WAY TO PATIENT SAFETY

ABSTRACT: The surgical site infections are important negative indicators of healthcare quality, making it also an impediment to patient safety. Faced with this, the Ministry of Health developed the protocol "safe surgery saves lives" which calls for stimulation of good methods for reducing morbidity and mortality associated with inadequate surgical practices. The aim of this study is to highlight the importance of implementing the secure operation protocol to ensure patient safety and quality of care. This is an integrative review. Data were obtained by scanning in virtual databases in health, as BIREME, LILACS, MEDLINE and SciELO. 17 articles were used, the highest rate of publications was in 2013 with eight (47%) studies, in 2007, with one (5.9%) study, the year had the lowest published rate. The descriptive method was employed in seven (41.1%) studies, followed by cross-five (29.4%). The safe surgery checklist is separated into three phases: before induction of anesthesia (identification), before surgical incision (confirmation) and before the patient leaves the operating room (record). The checklist provides greater security for the staff, enables the standardization of services and routine, urges the team to worry about patient safety and minimizes the friction caused by unexpected situations. It is of great importance to the applicability of the

¹ Graduados do curso de Enfermagem da Faculdade Alfredo Nasser.

² Docente da Faculdade Alfredo Nasser. Doutoranda em Ciências da Saúde. Mestra em Enfermagem; especialista em Unidade de Terapia Intensiva; Graduada em Enfermagem.

checklist for safe surgery, however, combined with this strategy, one should arouse the interest of professionals to implement these actions, focusing on patient safety.

Key - words: Safe Surgery. Check List. Patient safety.

INTRODUÇÃO

Apesar das inúmeras estratégias para prevenir as Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IrAS), atualmente a ocorrência dessas infecções ainda é frequente no âmbito hospitalar. A elevada incidência das topografias infecciosas constitui-se como um importante indicador negativo de qualidade assistencial, fato que implica no comprometimento da segurança do paciente (FRANCO; ERCOLE, 2011).

A Infecção Relacionada à Assistência de Saúde é definida como “aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta após a internação ou a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998).

Existem diversas topografias infecciosas, sendo que as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) normalmente ocupam o segundo ou terceiro lugar nas IRAS. Caracterizada como um evento adverso, as ISC causam, em média, 100.000 mortes anualmente e acometem cerca de 1,7 milhões de pessoas em todo o mundo, onde se estima, segundo estudos recentes, que, nos Estados Unidos a cada 16 milhões de pacientes anualmente submetidos a cirurgias, 300.000 a 500.000 adquirem tal agravo em seu diagnóstico, sendo que 40% a 60% desses índices poderiam ser evitáveis, já que ao todo as ISC contabilizam de 2% a 5% dos efeitos adversos por ano (GEBRIM et al., 2014).

Infecção de sítio cirúrgico é uma contaminação que pode ocorrer em órgãos, tecidos e cavidades incisados durante o ato cirúrgico que pode vir a ocorrer no pós-operatório, por um período de trinta dias ou até um ano em casos de colocação de próteses. Suas principais formas de controle são controles de doenças de base do paciente (Diabetes Mellitus- DM, obesidade, alcoolismo), cuidados quanto ao pré, intra e pós-operatório relacionado à estrutura física do centro cirúrgico, aos materiais estéreis, aos adornos, ao uso de equipamentos de proteção individuais (EPI's), dentre outros (ANVISA, 2009).

As infecções de sítio cirúrgico são importantes indicadores negativos de qualidade assistencial, tornando-se também um impedimento à segurança do paciente. Diante disso, o Ministério da Saúde desenvolveu o protocolo “Cirurgias seguras salvam vidas” que preconiza a

estimulação de bons métodos para a redução da morbimortalidade associada a práticas cirúrgicas inadequadas (PARANAGUÁ; BEZERRA; SILVA; FILHO, 2013).

O protocolo de cirurgias seguras abrange qualquer hospital, independente do seu grau de complexibilidade, tendo como objetivo instigar as equipes cirúrgicas a aderir às estratégias preconizadas (FREITAS et al., 2014).

Complicações infecciosas advindas de procedimentos cirúrgicos implicam em uma elevação do tempo de hospitalização e em complicações que oneram custos institucionais. Considerando as infecções de sítio cirúrgico um indicador negativo de qualidade que normalmente encontra-se associado às falhas inerentes ao processo de trabalho, são relevantes estudos que possam destacar a importância da utilização dos protocolos de segurança do paciente relacionados à Cirurgia Segura, com o intuito de instigar a participação ativa do profissional no processo de busca pela qualidade da assistência e pela segurança do paciente.

Frente a esse contexto, o objetivo deste estudo é destacar a importância da implementação do protocolo de cirurgia segura para garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

MÉTODOS

Tratou-se de uma revisão integrativa, a qual se refere a um método que analisa e sintetiza as pesquisas de maneira sistematizada e contribui para o aprofundamento do tema investigado, e, a partir dos estudos realizados separadamente, é possível construir uma única conclusão, pois foram investigados problemas idênticos ou parecidos (MENDES, 2008).

Para operacionalizar essa revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa, estabelecimento dos critérios para seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados.

O estudo foi realizado por meio de busca *on-line* das produções científicas nacionais sobre cirurgia segura: foco na segurança do paciente, no período de 2007 a 2015. A obtenção dos dados ocorreu através de buscas processadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas principalmente as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Regional de

Medicina (BIREME), *National Library of Medicine, USA* (MEDLINE). Os descritores utilizados para a busca foram: Cirurgia Segura. Checklist. Segurança do paciente.

Os critérios para seleção da amostra foram: artigos publicados no Brasil, no período de 2007 a 2014 e que atendessem de maneira explícita os objetivos do estudo. Os critérios de exclusão foram: estudos referentes a relato de experiência, artigos de reflexão, teses, dissertações e editoriais. Também foram excluídos artigos que não responderam à pergunta norteadora.

Foram localizados 92 artigos, provenientes da busca na Biblioteca Virtual em Saúde: 4 BIREME, 4 LILACS, 3 SCIELO, 2 MEDLINE, 4 REME. Após leitura preliminar, resultaram em 17 artigos na amostra final.

Após a seleção dos dados, principiou-se a leitura do material por inúmeras vezes, a fim de evidenciar e delimitar o que se faz indispensável para a obtenção de um estudo aprofundado. Para isso, consideram-se a temática apresentada no enquadramento dos critérios previamente estabelecidos e a aderência ao objetivo proposto.

No seguimento, para facilitar a visualização estrutural e lógica do estudo, fez-se a confecção de fichas de leitura, com o intuito de destacar as unidades de registro para agrupar os diferentes temas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 92 artigos, porém somente 17 foram utilizados, pois atenderam aos critérios de inclusão do estudo. O ano que teve maior publicação foi 2013 com oito (47%), seguido de 2012 com dois (11,8%) e o ano que teve menor índice de publicação foi 2007 com um (5,9%). O periódico que mais publicou foi a revista Mineira de Enfermagem com três (12,5%) publicações.

Os estudos foram classificados em: sete (41,1%) descritivos, cinco (29,4%) transversais, três (17,6%) de abordagem quantitativa, dois (11,8%) de abordagem qualitativa, dois (11,8%) exploratórios, dois (11,8%) retrospectivos, um (5,9%) estudo de campo, um (5,9%) editorial, um (5,9%) observacional, um (5,9%) histórico, um (5,9%) epidemiológico e um (5,9%) prospectivo.

Os efeitos adversos proporcionados pelas falhas cirúrgicas é todo resultado diferente e indesejado do que se espera de um paciente em seu estado pós-cirúrgico, ou seja, uma resposta contraditória que ocorre em pacientes que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são

lesões ou danos não intencionais que resultam na incapacidade temporária ou permanente os quais venham a causar prolongamento de permanência ou morte do paciente perante consequências dos cuidados de saúde prestados porque os efeitos adversos podem ser evitáveis ou não (MOURA; MENDES, 2012).

Dados indicam que em 2008, de 234 milhões de cirurgias no mundo, 25 mil pessoas vivas resultavam em sete milhões de complicações com sequelas relevantes e com cerca de dois milhões de mortos, estimando-se que 300 pacientes internados numa unidade hospitalar resultavam em uma morte, sendo que metade delas seria evitável (MENDELSSONH, 2012). Já em 2012, foram identificados que 65,8% dos pacientes dos hospitais pesquisados apresentaram eventos adversos com 68,3% sendo de eventos adversos cirúrgicos evitáveis e com um paciente em cinco com evolução para incapacidade permanente ou morte (FREITAS et al., 2014).

Sabendo-se que os procedimentos cirúrgicos foram a segunda maior causa de EA em hospitais brasileiros com 34,7% dos casos, a OMS definiu esses procedimentos como qualquer procedimento que normalmente requer o uso de anestesia, seja geral seja regional em uma sala de cirurgia, que vá envolver incisão, excisão, manipulação ou sutura (MOURA; MENDES, 2012).

A qualidade em saúde humana vem sendo buscada desde os primórdios da década de 1847 com o Dr.Semmelweiss que ficou conhecido como pai da epidemiologia quando de forma empírica (sem conhecer nada sobre microbiologia) observou que as parturientes tinham maior índice de mortalidade quando o parto era feito por médicos residentes do que quando realizado pelas parteiras, ele observou que isso acontecia pelo fato de que os médicos saíam das salas de necropsia portando “partículas cadavéricas” sem qualquer higiene com as mãos, coisa que não acontecia com as parteiras. Também foi foco de preocupação quase que paralelamente da enfermeira inglesa Florence Nithingale que durante a guerra da Criméia, em 1865, preconizavam-se os cuidados básicos com a higiene do ambiente, das cuidadoras e dos feridos como parâmetro principal de comportamento durante a prestação de serviço (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Sempre em busca de uma melhor qualidade e visando abaixar os índices de falhas alarmantes que estavam sendo observados, a OMS então em 2004 criou seis metas internas consideradas relevantes para todos os países membros, chamado de “*aliança mundial para a segurança do paciente*” que são: identificação do paciente; comunicação afetiva; segurança de medicamentos de alta vigilância; cirurgia certa, no local certo e paciente correto; redução de lesões decorrentes de quedas; redução de infecções associada ao cuidado de saúde (OLIVEIRA; PAULA, 2013).

Percebe-se que entre as seis metas, três (identificação do paciente, cirurgia certa no local correto e paciente correto e redução de infecções associada ao cuidado de saúde) são voltadas para uma melhora nos erros realizados em um centro cirúrgico, pois se sabe que cirurgia é o serviço mais caro e complexo dos países em desenvolvimento por haver muitas falhas em seu desenvolvimento e por ser cometida de uma maior probabilidade de ocorrência de EA cirúrgicos (MOURA; MENDES, 2012). Porém, como diz o diagrama de James Reason no modelo do queijo suíço não existe uma única causa para a ocorrência de erros, são várias ocorrências pequenas que acabam resultando numa cascata que vai causar o problema da falha, assim como várias fileiras de queijo suíço colocadas como barreiras, mas que, em algum momento, podem ter buracos seguidos, o que faz com que as falhas passem (SANTOS; CAREGNATO; MORAES, 2013). Pois diversas são as inadvertências encontradas que vão desde a infraestrutura, materiais, gerência, até chegar à equipe de saúde.

Na tabela 1 podem-se notar quais são as principais falhas apontadas nos artigos pesquisados que causam números exorbitantes nos índices da OMS.

Tabela 01: Distribuição dos estudos quanto aos principais fatores responsáveis pelas falhas cirúrgicas

FALHAS	N	%
Falta de comunicação interpessoal	9	52,9
Problemas com equipamentos; problemas com esterilização de materiais e técnicas	7	41,1
Falta de treinamento profissional; inexperiência dos profissionais	6	35,3
Condições inadequadas de trabalho	4	23,5
Omissão por medo de punição ou negligência	4	23,5
Falta de verificação anestésica	4	23,5
Baixa remuneração	3	17,6
Sobrecarga dos profissionais	3	17,6
Falta de protocolos adequados e uso do <i>checklist</i>	3	17,6
Deficiência no diagnóstico pré-operatório	3	17,6

Uso irracional de terapêuticos	2	11,8
Erros de técnica cirúrgica	2	11,8
Danos por medicamentos	2	11,8
Preparo da pele e do sítio cirúrgico com tempo > 2 horas	2	11,8
Falha na gestão	2	11,8
Extravios de documentos ou preenchimentos incorretos	1	5,9
Elevado tempo de cirurgia	1	5,9

Dos estudos utilizados nove (52,9%) destacam a falta de comunicação interpessoal como um fator que pode contribuir para as falhas e os efeitos adversos que acontecem no ambiente cirúrgico por não haver a transferência adequada de informações entre a equipe antes e durante a cirurgia (PANCIERI; SANTOS; AVILA; BRAGA, 2013). É considerado, também, o obstáculo mais crítico para um bom desempenho, pois uma equipe que não trabalha com o intuito de usar seus conhecimentos e habilidades para bem do paciente pode proporcionar consideráveis complicações a ele (FILHO; SILVA; FERRACINI; BÄHR, 2013).

Os problemas com equipamentos, esterilização de materiais e técnicas foram citados por sete (41,7%) dos estudos para lembrar que a deficiência das estruturas básicas das unidades hospitalares tem grande influencia nas falhas existentes, pois um local de trabalho com equipamentos defeituosos, falta de material dentre outros são fatores que levam ao erro (MENDELSSONH, 2012).

A falta de treinamento profissional e inexperiência dos profissionais evidenciadas por seis (35,3%) autores podem levar à troca de medicação e a diversas falhas de planejamento técnico causadas por deficiência da capacitação prática (FERRAZ, 2009).

As condições inadequadas de trabalho foram destacadas em quatro (23,5%) estudos, pelo fato de acarretarem com muita frequência tantos erros de profissionais de assistência, como eventos adversos, nos quais estarão inclusos, também, a falta de material médico-cirúrgico, sistema hospitalar inadequado, tecnologia desfavorável, dentre outras (MENDELSSONH, 2012).

Omissões por medo de punições ou negligências foram citadas por quatro (23,5%) estudos, pois essa ação inadequada por parte dos profissionais pode expor o paciente a riscos estando

relacionado, também, à imperícia ou imprudência com relação aos seus atos (PARANAGUÁ; BEZERRA; SILVA; FILHO, 2013).

Mesmo os procedimentos mais simples envolvem inúmeras oportunidades para falhas e enorme potencial para erros que resultam em injúrias para os pacientes, como a falta de verificação anestésica que foi destacada por quatro (23,5%) estudos (MENDELSSONH, 2012).

Em três (17,6%) estudos, a baixa remuneração foi apontada como um fator predisponente a falhas por refletir instantaneamente na sobrecarga dos profissionais, resultando em anamnese e exame físico mal feito, pressa na verificação do paciente ou uma verificação inadequada, distração da equipe pela realização de múltiplas tarefas e outros fatores alarmantes (MENDELSSONH, 2012).

Dos estudos analisados três (17,6%) corroboraram que a falta de protocolo adequado e uso do *checklist* e a deficiência no diagnóstico pré-operatório poderão refletir na identificação incorreta do paciente, em cirurgias no local errado e na ausência ou inconstância do processo de TIME-OUT, já que esses fatores estão implicados mais frequentemente em erros cirúrgicos, pois devem sofrer, para sua melhoria, intervenções políticas e clínicas (MOURA; MENDES, 2012).

O uso irracional de terapêuticos pertinente com o uso inadequado de antibióticos e os erros de técnica cirúrgica relacionados às falhas de planejamento técnico quer por falta de habilidade, quer por não seguir as diretrizes da clínica encontram-se destacados em dois (11,8%) estudos (MENDES et al., 2013).

Medicamentos estão relacionados com danos e até com a morte do paciente em dois (11,8%) dos estudos, quando há erros no tratamento, mesmo por mais rotineiro que seja, estudos relatam que causaram prejuízos aos usuários com o não recebimento necessário, baixo suprimento da medicação e baixa qualidade do mesmo (LIMA; MELLEIRO, 2013).

Dos estudos dois (11,8%) apontam que as falhas estão associadas ao preparo da pele e do SC com tempo < que 2 horas e as falhas na gestão (FRANCO; ERCOLE, 2011).

Em um (5,9%) estudo, os autores afirmam que alguns erros que precedem uma cirurgia poderiam ser evitáveis facilmente, através de estratégias que evitassem o extravio de documentos ou preenchimento incorreto do mesmo e perda de exames de paciente (SANTOS; CAREGNATO; MORAES, 2013).

O elevado tempo de cirurgia foi apontado em um (5,9%) dos estudos como uma das maiores causas de ocorrer uma ISC (OLIVEIRA; CIOSAK, 2007).

As diversas falhas apontadas sempre refletem uma na outra, causando uma verdadeira cascata de erros, fato que remete a confirmar o “Modelo do Queijo Suíço” proposto por James T. Reason. Vale ressaltar que não é apenas uma única pessoa que está envolvida no ato cirúrgico, pelo contrário, é uma ação multiprofissional que deve visar a um único resultado final que são o benefício e a melhora do cliente.

O protocolo de “cirurgia segura salva vidas” foi implantado em 2007 e 2008 pela OMS visando diminuir a morbimortalidade dos erros causados nos centros cirúrgicos, garantindo uma melhor qualidade dos procedimentos realizados com um padrão a ser seguido por todos os membros participantes da Aliança Mundial de Segurança do Paciente (AMSP), e foi separado em três fases: antes da indução anestésica (identificação), antes da incisão cirúrgica (confirmação) e antes do paciente sair da sala cirúrgica (registro). Com esse *checklist*, nos países que foram avaliados (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA) como piloto pelo mundo diminuiu pela metade a chance do paciente ter um tratamento com cuidados inadequados (SANTOS; BRAGA, 2013).

Foi comprovado que diminuíram, também, os erros por falhas de comunicação da equipe (que foi um dos mais citados em todos os artigos revisados), diminuíram as complicações durante as cirurgias e aumentou a adesão da antibioticoprofilaxia (FREITAS et al., 2014).

O *checklist* proporciona maior segurança para a equipe que se vê em uma situação de padronização dos serviços e rotina, pois o modo de evitar um erro é padronizando o ato cirúrgico, uma vez que faz, ao mesmo tempo, com que a equipe aumente a atenção com o paciente e sua segurança, visando ainda diminuir o atrito causado por situações inesperadas (SANTOS; BRAGA, 2013).

Em suma, a importância para a segurança do paciente é que ela dá uma maior confiança para não se cometer erros, porque a identificação com a função de cada membro da equipe poderia ser dispensável em épocas passadas quando a equipe de cirurgiões, enfermagem e o anestesista sempre trabalhavam junto no mesmo hospital, acontecimento que atualmente, em grandes hospitais não acontece, pois a cada dia os protagonistas das equipes são diferentes, de modo que essa identificação inicial que inclui o nome do doente e do procedimento, em muito contribui para atenuar os erros de comunicação que, conforme já discutido, podem ser causas de sérios erros (MENDELSSONH, 2012).

Como o protocolo é voltado para a segurança do paciente em todos os níveis, ele vai visar, também, à diminuição dos efeitos adversos, ampliando a qualidade da assistência prestada, o conhecimento sobre os riscos e incidentes que ocorrem nas instituições brasileiras, direcionando o planejamento de ações dos gestores de saúde; melhorando a qualidade dos dados encaminhados e, por fim, reduzindo custos com falhas e tempo extra de internações (CAPUCHO; CASSIANI, 2013)

Um estudo realizado em oito hospitais dos países e continentes da AMSP (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA) cujo objetivo era aplicar o *checklist* em todos os pacientes desde o momento em que ele entra na sala de cirurgia até o término do procedimento realizado, pôde se comparar 3.733 pacientes antes de sua utilização e 3.955 após utilizá-lo em operações eletivas. Observou-se que todos os índices decaíram de valor: taxa de incidência de infecção do sítio cirúrgico (6,2% antes do *checklist* e 3,4% após), taxa de incidência geral de complicações (11% antes e 7% após) e a taxa de mortalidade de (1,5% antes e 0,8% após). Isso representa uma redução de 63% nas complicações pós-cirúrgicas e de 55% na taxa de mortalidade pós-operatória (MENDELSSONH, 2012).

No Brasil foram poucas as instituições até então que implementaram esse protocolo em suas unidades, sendo necessárias ainda a avaliação e divulgação da sua efetividade no País, porém existem alguns artigos em que foram estudadas essas probabilidades e comparadas aos resultados alcançados pela OMS em outros lugares (SANTOS; CAREGNATO; MORAES, 2013).

O *checklist* consiste em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operações, dividida em 19 itens ao todo que são: Momento (1). Antes da indução anestésica: identificação de dados e consentimento do paciente; sítio cirúrgico demarcado; verificação de segurança anestésica; oxímetro de pulso; alergias; via aérea difícil; risco de perda sanguínea; Momento (2). Antes da incisão cirúrgica: apresentação dos membros da equipe; confirmação de dados do paciente pela equipe; eventos críticos: cirurgia; eventos críticos: anestesia; eventos críticos: enfermagem; profilaxia antibiótica; exames de imagem; Momento (3). Antes de sair da sala de operações: registro do procedimento; contagem de instrumental; identificação de amostras; problemas com equipamentos; revisão da recuperação (FREITAS et al., 2014).

O primeiro momento da lista é realizado pela enfermeira de sala e pelo anestesista em que a primeira pergunta é a confirmação pelo paciente de seu nome, do local onde ele vai operar e sua permissão. Perguntas que são aparentemente óbvias, porém de suma importância principalmente em hospitais de grande rotatividade onde a troca de pacientes não é impossível. A segunda pergunta, evita um dos erros mais lamentáveis que existe com a marcação prévia do local ou lado a ser

operado. As outras perguntas dizem respeito à anestesia e verificam os maiores perigos de uma operação: alergias, via aérea difícil (para intubação), risco de perda sanguínea (MENDELSSONH, 2012).

No segundo momento do *checklist*, será necessária a participação do cirurgião e da equipe cirúrgica (enfermeiro e anestesista) em que se tem um responsável que preenche antes da incisão cirúrgica. Que se inicia pela identificação da equipe, já que a rotatividade dos profissionais de saúde é muito grande pelos hospitais, logo em seguida a confirmação do paciente e o procedimento que será realizado pela equipe são importantíssimos para evitar falhas de comunicação existente. O momento da verificação da profilaxia antibiótica visa corrigir o seu uso inadequado na prevenção de ISC. As outras questões (eventos críticos: cirurgião, da anestesia e da enfermagem; e exames de imagem) são direcionadas à cautela perante surpresas durante o ato cirúrgico e para evitar perda de tempo durante a operação (MENDELSSONH, 2012).

A terceira parte do *checklist* (registro do procedimento; contagem de instrumental; identificação de amostras; problemas com equipamentos; revisão da recuperação) visa a uma verificação ao final da cirurgia de rotinas que não pode ser negligenciada. Dela participam cirurgião, enfermeira e anesthesiologista que fazem a identificação e o registro de problemas possíveis de ocorrer no período pós-operatório (MENDELSSONH, 2012).

O *checklist* tem aplicabilidade fácil e de resultados muito positivo, os profissionais possuem facilidade para aceitar sua implementação sem discussão, porém sua aplicabilidade correta na prática tem sido uma batalha a ser conquistada, pois os colaboradores a acham muito óbvia, ou talvez essa dificuldade em preenchê-la corretamente seja pelo fato dela não ter sido inserida de maneira compulsória ainda no Brasil (MENDELSSONH, 2012).

Tabela 02: Distribuição dos estudos quanto às principais vantagens do protocolo de cirurgia segura.

VANTAGENS	N	%
Diminuição da morbimortalidade	15	88,2 %
Garante a segurança do paciente	9	52,9 %
Baixa de riscos de eventos adversos proveniente da assistência	8	47 %
Melhora o relacionamento interpessoal da equipe	5	29,4 %

Tem baixo custo e rapidez	4	23,5 %
Fornece segurança para a equipe	3	17,6 %
É um instrumento de avaliação uniforme do serviço para regularização nacional e internacional	2	11,8 %
Aumenta a economia hospitalar	1	5,9 %

Dos estudos 15(88,2%) apontaram que a principal vantagem da implantação do *checklist* é a diminuição da morbimortalidade existente, pois foi apontado que nas cidades de Boston, Seattle (USA), Toronto, Londres, Nova Delhi, Auckland, Aman, Manilha e Ijakara (Tanzânia) de 3.733 pacientes avaliados, houve uma queda de 36% das grandes complicações e uma redução de 47% da mortalidade porque nessas cidades houve a implantação do protocolo (FERRAZ, 2009).

A segurança do paciente apresentou-se em nove (52,9%) dos estudos como um fator que impulsionou a implementação do protocolo pela OMS, pois o *checklist* promove uma qualidade de serviço e trás o foco para detalhes pequenos que podem acarretar em falhas (FREITAS et al., 2014).

Baixa de riscos de eventos adversos proveniente da assistência foi citada em oito (47%) dos estudos, pois o programa fez com que aumentasse o comprometimento da equipe para aderir métodos que diminuíssem os EA cirúrgicos nos hospitais que aderiram ao *checklist* (GEBRIM et al., 2014).

Em cinco (29,4%) dos estudos foi sugerido a melhora no relacionamento interpessoal da equipe, pois sabe-se que uma equipe que trabalha unida, que compartilha seus conhecimentos e habilidades para o benefício do paciente pode prevenir, em proporções consideráveis, de várias complicações que ameaçam a vida, e o uso correto do *checklist* vai fazer com que se chegue a essa meta, combinando precisão técnica com segurança do paciente (FILHO; SILVA; FERRACINI; BAHR, 2013).

O *checklist* ainda possui um baixo custo para implantação já que necessita apenas da sua reprodução e distribuição que é, muitas vezes, em uma única folha de papel e uma rápida efetivação que leva em torno de 3 a 5 minutos para sua aplicação correta e isso é mostrado em quatro (23,5%) dos artigos pesquisados (PANCIERI; SANTOS; AVILA; BRAGA, 2013).

Em três (17,6%) dos estudos, a segurança da equipe que se encontra relacionada à padronização da rotina, pois o *checklist* promove mudanças no processo de trabalho e na

comunicação do grupo porque os indivíduos passam a ser menos executores de tarefas para agirem com mais afetividade no trabalho (PANCIERI; SANTOS; AVILA; BRAGA, 2013).

O protocolo, também, é um instrumento de avaliação uniforme do serviço para a regularização nacional e internacional, sendo citado em dois (11,8%) dos estudos. Estabelecer um padrão dentro das unidades cirúrgicas fazendo com que se tenha uma forma mais analítica de avaliar os possíveis erros dentro de uma unidade (PANCIERI; SANTOS; AVILA; BRAGA, 2013).

Apenas um (5,9%) dos artigos citaram que o protocolo aumenta a economia hospitalar, pois está intimamente ligado à redução ocasionada nas falhas cirúrgicas e nos EA diminuindo a hospitalização do cliente por diminuição das IrAS (GEBRIM et al., 2014).

As vantagens do *checklist* são variadas e de ampla importância para qualquer unidade hospitalar, pois essas vão desde um menor tempo de internação para o paciente, o que é ótimo para o cliente que corre menos riscos de falhas, como para a unidade que gasta menos com o mesmo, além de ser de uso rápido, fácil e barato para a instituição, ressaltando ainda que melhora muito a falta que existe na comunicação dentro do centro cirúrgico entre os profissionais, proporcionando um ambiente otimizado e mais leve para se trabalhar.

Um estudo realizado em um hospital escola apresentou que 100% da equipe cirúrgica, afirmou que gostaria que o *checklist* fosse aplicado quando eles estivessem trabalhando, por ser um meio de padronizar a rotina dos funcionários, por apresentar maior segurança ao paciente, evitar erros, prevê acontecimentos complicados e por ser um meio de organizar o ato cirúrgico pelo fato de ser uma nova cultura de segurança na sala de cirurgia (SANTOS; BRAGA, 2013).

Entretanto, existem controvérsias quanto ao preenchimento adequado do *checklist*, pois mesmo com a aceitação dos profissionais e com o conhecimento de fatores importantes a serem preenchidos como alergias, vias aéreas difíceis e risco de perda sanguínea, que são momentos que mais indicam fatores de risco de morte, percebeu-se que os itens de menor importância tiveram menor adesão dos profissionais, por acharem que são perguntas óbvias e não responderam a elas. Nesse estudo, também, foi reportado que os índices de dificuldade para a aceitação do *checklist* pelos profissionais foram maiores do que em outras pesquisas realizadas anteriormente quanto ao preenchimento completo da ficha que foi de 3,5%, enquanto, na pesquisa espanhola foi de 27,8% (FREITAS et al., 2014).

Um dos índices considerado “bobo” pela equipe é a marcação da letalidade por se perguntar nos dois primeiros momentos (Antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica) sendo que a responsabilidade da resposta é dividida para dois profissionais distintos, no primeiro momento é

marcada pelo técnico de enfermagem na sala de preparo e a segunda marcação deve ser realizada pelo cirurgião principal. Levando-se em consideração que 9,4% dos profissionais estudados na pesquisa afirmaram considerar importante a marcação da letalidade, porém apenas 15,3% realizaram a segunda marcação, não priorizando o protocolo determinado pelas diretrizes internacionais e institucionais que dizem que um componente da equipe, independente de sua posição dentro da sala operatória, deve sinalizar na sua observação para que a marcação de letalidade seja efetuada, no caso de uma das marcações não ter sido realizada para que se possa cumprir o protocolo. (SANTOS; CAREGNATO; MORAES, 2013).

Quanto à pulseira de identificação que também foi relatada em estudos como um dos índices de falha perante os profissionais, pode-se observar que de 124 colaboradores, houve alguns relatos de que o nome do paciente estaria errado, que o paciente estaria sem a pulseira, relatos que foram averiguados e identificados que essas afirmativas não eram verdadeiras, denotando que ainda não existe uma cultura que preze pela correta confirmação do paciente, levando-o a um risco de erro na identificação do mesmo (SANTOS; CAREGNATO; MORAES, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a aplicabilidade do *checklist* visa melhorar a assistência cirúrgica no mundo por meio de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países pelo seu baixo custo, facilidade e rapidez ao ser aplicado. Sua implementação pode ser efetiva até mesmo em países com recursos limitados, podendo se ajustar a diversas realidades com a finalidade de adequar o seu uso para garantir a segurança do paciente e criar uma padronização para o ambiente cirúrgico.

Entretanto, pode-se afirmar que somente o *checklist* não resolve as falhas que acontecem nas clínicas cirúrgicas, necessita-se que os profissionais tenham mais pretensão em melhorar seus cuidados para com o paciente e procurem se informar e seguir corretamente o planejamento instituído pela OMS para que se tenha uma melhoria nos procedimentos da sala operatória.

Diante disso, propõem-se estratégias de educação continuada, ensinando os colaboradores a conhecer e entender como funciona o protocolo, destacando a importância da implementação de técnicas adequadas para minimizar as falhas e, assim, garantir uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Ana Paula Lima et al. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em um hospital na Amazônia ocidental brasileira. **Rev. SOBECC**, v.17, n.3, p:60-70, 2012.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.47, n.4, p.791-93, 2013.

FERRAZ, Edmundo Machado. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.36, n.4,p.281-282, 2009.

FILHO, Geraldo da Rocha Motta; SILVA, Lúcia de Fátima Neves da; FERRACINI, Antônio Marcos; BÄHR, Germana Lyra. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Rev Bras Ortop.** , v.48, n.6, p.554-562, 2013.

FRANCO, Lucia Maciel Castro; ERCOLE, Flavia Falci. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas em um hospital público de minas gerais. **Rev. Min. Enferm.**v.15, n.3, p.1-8, 2011.

FREITAS, Marise Reis, et al. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.1, p.137-148, 2014.

GEBRIM, Cyanéa Ferreira Lima et al. Análise da profilaxia antimicrobiana para a prevenção da infecção do sítio cirúrgico em um hospital do centro-oeste brasileiro. **CIENCIA Y ENFERMERIA**. v. XX n:2, p.103-115, 2014..

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**. v.14,n.6, p.1073-83,2013.

LIMA, Regiane Pereira Martins; MELLEIRO, Marta Maria. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **Rev Min Enferm**. v.17, n.2, p.312-321, 2013.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 .

MENDELSSONH, Paulo. Cirurgia segura: armadilhas na prática cirúrgica. **Brasília Med.** v.49, n.1, p.59-65, 2012.

MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; MENDES, Walter. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.15, n.3, p.523-35, 2012.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; CIOSAK, Sueli Itsuko. Infecção de sítio cirúrgico em hospital universitário: vigilância pós-alta e fatores de risco. **Rev Esc Enferm USP.** v.41, n.2, p.258-63, 2007.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; PAULA, Adriana Oliveira de. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Rev Min Enferm.** v.17, n.1, p. 216-220, 2013.

PANCIERI, Ana Paula; SANTOS, Bruna Pegorer; AVILA, Marla Andréia Garcia de; BRAGA, Eliana Mara. *Checklist* de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm.** v.34, n.1, p.71-78, 2013.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo e; FILHO, Francino Machado de Azevedo. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paul Enferm.** v.26, n.3, p.256-62, 2013.

SANTOS, Cláudia Moraes dos; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MORAES, Clayton dos Santos. Equipe cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia segura. **Rev. SOBECC.** v.18, n.4, p.47-56, 2013.