



PACIENTE CIRÚRGICO: A APLICAÇÃO DO CHECKLIST COMO MEDIDA DE SEGURANÇA NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Surgical Patient: The Application Of The Checklist As A Safety Measure In The Nurse's Performance

Jamile da Silva Acordi¹

Thiago Mamôru Sakae²

Abstract: Surgery is an essential procedure so that many patients can be saved, for sequelae reduction, improved quality of life, among many other factors. However, it cannot be ignored that surgical procedures can cause adverse events, some simple, others severe, and thus have the potential to compromise the patient's condition, leave sequelae and lead to death. In view of this reality, both WHO - World Health Organization - and other agencies, developed checklists, checklists, used to organize and optimize procedures and, thus, result in lower rates of adverse events with morbidities and mortality from reduced patients. It is common for institutions to adapt checklists to their structure and reality, always with the central aim of ensuring the safety of patients before, during and after the surgical procedure. The prevention of clinical incidents and adverse events should be the ultimate goal of applying routine checklists. The benefit of using a surgical checklist is the potential to improve team communications and the promotion of a team culture in which safety is the priority.

Keywords: Patient safety. Surgery. Check list.

Resumo: A cirurgia é um procedimento essencial para que muitos pacientes possam ser salvos, redução de sequelas, melhoria da qualidade de vida, entre tantos outros fatores. No entanto, não se pode ignorar que os procedimentos cirúrgicos podem causar eventos adversos, alguns simples, outros severos e, assim, apresentam potencial de comprometer as condições do paciente, deixar sequelas e levar ao óbito. Diante dessa realidade, tanto a OMS – Organização Mundial da Saúde – quanto outros órgãos, desenvolveram listas de verificação, os checklists, utilizados para que haja organização e otimização dos procedimentos e, assim, resultem em menores índices de eventos adversos com morbidades e mortalidade de pacientes reduzida. É comum que as instituições adaptem os checklists para sua estrutura e realidade, sempre com o intuito central de garantir a segurança dos pacientes antes, durante e depois do procedimento cirúrgico. A prevenção de incidentes clínicos e eventos adversos deve ser o objetivo final da aplicação de checklists de rotina. O benefício do uso de uma lista de verificação cirúrgica está no potencial de aprimorar as

¹Formada em Gestão Hospitalar, Pós-graduação em Auditoria e Regulação do SUS

²Médico Anestesiologista. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde – UNISUL. Doutor em Ciências da Saúde – UFSC.

Endereço para correspondência: jamileacordi@gmail.com

comunicações da equipe e a promoção de uma cultura de equipe na qual a segurança é a prioridade.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cirurgia. Checklist.

INTRODUÇÃO

Estima-se que mais de 234 milhões de pessoas são submetidas a procedimentos cirúrgicos diversos em todo o mundo anualmente. De todos esse montante de cirurgias, em torno de 14% dos pacientes sofrem por conta de eventos adversos, com uma mortalidade que varia de 1% a 4% (GILLESPIE et al, 2018).

Conforme cresce o número de procedimentos cirúrgicos no mundo, a preocupação com a segurança dos pacientes cresce e o tema tornou-se um amplo esforço de saúde pública. Nos hospitais, os gestores também vêm buscando formas de alcançar protocolos e abordagens que elevem a segurança do paciente cirúrgico. Qualquer procedimento hospitalar pode levar a eventos diversos, porém, dados apontam que dois terços desses eventos se dão entre pacientes cirúrgicos. As complicações cirúrgicas mais comuns são relacionadas à própria técnica cirúrgica, infecções e hemorragias pós-operatórias (HAUGEN et al, 2019; MEHTA et al, 2018).

Sobre a segurança do paciente em centro cirúrgico, Abreu et al (2019, p. 2) ressaltam que:

A assistência segura tem sido um dos temas mais comentados nas discussões da área da saúde em todo o mundo, principalmente após a publicação do

Institute of Medicine dos Estados Unidos da América intitulada “To err is human”, que alertou o público sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde. Este estudo descreveu que erros acontecem e são frequentes, podendo gerar mortes e sequelas irreversíveis.

Nos últimos 20 anos, por maiores que tenham sido os esforços para elevar a segurança dos pacientes cirúrgicos e reduzir o número de eventos adversos, o fato é que os índices permanecem praticamente inalterados. O cuidado em saúde é uma área relativamente complexa, diferentes situações se apresentam no cotidiano e não é raro ocorrerem resultados adversos em procedimentos relativamente semelhantes. No atendimento em saúde, é comum a necessidade de atender pacientes com condições graves, para as quais o procedimento cirúrgico é indispensável, porém, em face de suas condições de vulnerabilidade no momento, os resultados alcançados muitas vezes ficam distantes daqueles esperados (HAUGEN et al, 2019)

Diante dessa realidade, tanto a OMS – Organização Mundial da Saúde, quanto outros órgãos, desenvolveram listas de verificação, os checklists, utilizados para que haja organização e otimização dos procedimentos e, assim, resultem em menores índices de eventos adversos com morbidades e mortalidade de pacientes reduzida. É comum que as instituições tomem como base o checklists da OMS e adaptem para sua estrutura e realidade, sempre com o intuito central de garantir a segurança dos pacientes antes, durante e depois

do procedimento cirúrgico (WILLASEN et al, 2018).

A cirurgia é um procedimento essencial para que muitos pacientes possam ser salvos, redução de sequelas, melhoria da qualidade de vida, entre tantos outros fatores. No entanto, não se pode ignorar que os procedimentos cirúrgicos podem causar eventos adversos, alguns simples, outros severos e, assim, apresentam potencial de comprometer as condições do paciente, deixar sequelas e levar ao óbito (RANGANATHAN; GOGTAY, 2015).

Para Gutierres et al (2018, p. 2.941), sobre o centro cirúrgico, deve-se ter em mente que:

[...] é a unidade do ambiente hospitalar onde são realizados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto de caráter eletivo quanto emergencial. Esse cenário apresenta uma dinâmica peculiar de assistência em saúde, em função do atendimento a uma variedade de situações e realização de intervenções invasivas que requerem o uso de tecnologias de alta precisão. Além disso, o trabalho no centro cirúrgico é marcado pelo desenvolvimento de práticas complexas e interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual de alguns profissionais, mas também a necessidade do trabalho em equipe em condições, muitas vezes, marcadas por pressão e estresse.

Nesse sentido, as demandas associadas ao centro cirúrgico são inúmeras, pela especificidade dos procedimentos, pelos riscos envolvidos com muitos deles, as demandas das equipes, etc. Com

isso, as chances de ocorrência de eventos adversos evitáveis também se tornam maiores, de modo que é essencial dedicar uma atenção especial buscando organizar, direcionar as atividades dos profissionais, gerar protocolos e abordagens que permitam tornar o processo mais efetivo como um todo (GUTIERRES et al, 2018).

Ribeiro et al (2017, p. 2) ressaltam que:

A realização de procedimentos cirúrgicos é uma prática essencial na área da saúde e tem aumentado devido ao avanço tecnológico e à rápida transição demográfica e epidemiológica da população. Pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) baseada em dados de 56 países membros estimou que anualmente, no mundo, ocorrem 234,2 milhões de procedimentos cirúrgicos (uma cirurgia para cada 25 indivíduos), resultando em dois milhões de óbitos e sete milhões de complicações, e a metade foi considerada evitável.

Não significa dizer que todos os eventos adversos podem ser evitados, pois alguns estão relacionados ao estado do paciente, suas condições de saúde, comorbidades, intercorrências diversas, porém, o que se sabe é que existe um número considerável de óbitos e de sequelas que poderia ser eliminado caso cuidados específicos voltados para a segurança do paciente cirúrgico fossem adotados (RIBEIRO et al, 2017).

No Brasil, um estudo apontou que eventos adversos cirúrgicos evitáveis no período de um ano ultrapassam 68%, enquanto o percentual de pacientes com eventos adversos evitáveis em

procedimentos cirúrgicos ultrapassou 65%. “Aproximadamente um em cada cinco pacientes com evento adverso cirúrgico evoluiu com incapacidade permanente ou morreu. Mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexos e de baixo risco” (RIBEIRO et al, 2017).

Ainda que eventos diversos possam ser associados a condições não agudas, a cirurgia apresenta um potencial particularmente elevado dessas ocorrências. Estima-se que em torno de 50% das complicações cirúrgicas são evitáveis, de modo que a segurança do paciente poderia ser relativamente maior. De 1990 a 2010, ocorreram somente nos EUA 9.000 eventos cirúrgicos adversos, como corpos estranhos retidos no organismo, cirurgias em local inadequado, procedimentos cirúrgico incorretos, etc. De todos esses casos, 6,6% dos pacientes morreram, 32,9% ficaram com lesões permanentes e 59,2% com lesões temporárias. Os custos para a correção desses eventos foram de 1,3 bilhão de dólares, valores que poderiam ter sido investidos no atendimento de condições de saúde diversas (O’CONNOR e tal, 2013).

Harris et al (2020) enfatizam que os próprios pacientes estão mais preocupados com a questão de sua segurança quando submetidos a um procedimento cirúrgico. Há um maior conhecimento a respeito de possíveis riscos e, assim, os pacientes buscam maiores informações sobre o procedimento, o cirurgião, o local, entre outros fatores. Em caso de cirurgias emergenciais, o paciente não tem a oportunidade de conduzir esse levantamento de informações a respeito de sua segurança, porém, é comum que os familiares

coloquem-se no papel de acompanhar e exigir segurança para quem está sendo submetido ao procedimento.

Os enfermeiros formam o maior grupo profissional de uma instituição de saúde e, assim, a tomada de expressiva parte das decisões passa por eles todos os dias. Quando se pensa em segurança do paciente, a realidade não é diferente. A segurança do pacientes passa diretamente pela atuação da equipe de enfermagem, porém, para que a segurança se eleve e conforme, esses profissionais precisam seguir métodos organizados e claros, com base em informações precisas e que, assim, garantem uma tomada de decisões efetiva. As informações, dentro da prestação de serviços em saúde favorecem a tomada de decisões, além de atuar para a estruturação de novas estratégias com impactos positivos sobre a gestão (ALPENDRE et al, 2017).

Nas ações relacionadas à segurança do paciente, o enfermeiro atua em busca de prever complicações, reduzir sua incidência, detectar precocemente agravos e eventos adversos que ocorram no pós-operatório, com a consciência de que sua atuação precisa é essencial. Nesse cenário, o desenvolvimento e a aplicação de ferramentas que contenham informações claras, precisas e detalhadas, como os checklists, podem ser estratégias importantes para a identificação precoce de problemas comuns no planejamento da assistência de enfermagem, durante todo o período de internação, conduzir ao desenvolvimento de plano de alta, bem como definir e prestar orientações sobre o autocuidado domiciliar após a alta (ALPENDRE et al, 2017).

Abreu et al (2019, p. 2) ressaltam a necessidade de desenvolver uma cultura de segurança envolvendo os procedimentos cirúrgicos e esclarecem que:

A cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição. Para sua incorporação é preciso um elevado nível de compromisso da gerência e dos profissionais, assim como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, fatores determinantes para a garantia de uma assistência segura.

Compreende-se, assim, que pensar na segurança do paciente não é um atendimento diferenciado, mas um dever dos profissionais envolvidos e das instituições de saúde, como forma de aumentar os índices de sucesso dos procedimentos e da satisfação dos pacientes. O enfermeiro tem papel crucial na aplicação dessas ferramentas e, assim, influencia diretamente nesses resultados (ABREU et al, 2019; ALPENDRE et al, 2017). Em face dessa realidade, o tópico de estudos a seguir aborda os checklists cirúrgicos e suas especificidades.

No ano de 2004 a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o intuito de estabelecer uma política para elevar a dos pacientes. Essa iniciativa baseou-se em crescentes

evidências de que falhas na segurança do paciente vinham causando danos significativos em todo o mundo. A partir disso, foram identificados os principais desafios à segurança do paciente e foram lançadas diversas campanhas para melhorar o atendimento ao paciente. A segunda dessas iniciativas, lançada em 2007-08, foi a campanha “A cirurgia segura salva vidas”, cujo foco recaiu sobre em medidas para diminuir a morbimortalidade peri-operatória e uma característica fundamental foi o desenvolvimento de uma lista de verificação de segurança cirúrgica a ser administrada em vários momentos durante o processo cirúrgico, como um esforço combinado dos membros da cirurgia, anestesia e equipes de enfermagem. O objetivo da lista de verificação é garantir a preparação e o planejamento da cirurgia, documentar problemas (relacionados ao paciente, procedimento e equipamento) e melhorar o trabalho em equipe e a comunicação (RANGANATHAN; GOGTAY, 2015).

Os benefícios do uso de um checklist para a segurança de pacientes cirúrgicos foram demonstrados pela primeira vez a partir de um estudo conduzido por especialistas da OMS, com base na análise e avaliação de oito países, Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA. Foram avaliados 7.688 pacientes, 3.733 deles antes da aplicação do checklist e 3.955 depois dessa ferramenta. Os dados obtidos pelo grupo de estudos indicaram uma redução de 36% nas complicações cirúrgicas, 47% na mortalidade, 50% nas taxas de infecção e 25% na necessidade de uma nova intervenção cirúrgica. O grupo de estudos concluiu, diante dos resultados de suas atividades, que o uso do checklist pode

dobrar os índices de sucesso no uso de padrões de ações planejadas e seguras durante procedimentos cirúrgicos diversos (ALPENDRE et al, 2017).

Para Jain et al (2018), os checklist foram avaliados e existem provas de sua efetividade. Eles são necessários para que todas as equipes cirúrgicas de um hospital, sejam compostas por profissionais mais ou menos experientes na área, possam manter os mesmos padrões de qualidade e os mesmos resultados na proteção do paciente e garantia de sua segurança durante o procedimento cirúrgico. Esse documento orienta, guia, organiza e planeja e, assim, tem um potencial inquestionável de beneficiar a todos os profissionais envolvidos, bem como os pacientes que se encontram sob seus cuidados.

De acordo com Harris et al (2020), os checklists cirúrgicos em diferentes procedimentos de saúde tornaram-se relativamente comuns nos últimos anos, especialmente na última década, em face de estudos indicando sua eficiência e potencial de elevar a segurança dos pacientes cirúrgicos. A Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS para centros cirúrgicos e o Sistema de Segurança do Paciente Cirúrgico (SURPASS) são algumas das ferramentas cuja aplicação tornou-se comum e, por consequências, melhoram a segurança do paciente, prevenindo erros médicos e reduzindo a morbimortalidade.

De acordo com Tostes e Galvão (2019), o checklist cirúrgico tem três fases, cada fase corresponde a um momento dentro do fluxo corriqueiro do procedimento. Inicia-se pelo período pré indução anestésica (entrada), período pré incisão cirúrgica (intervalo) e período pós-

cirurgia (saída). Os itens de cada uma dessas fases são específicos e devem ser seguidos de forma organizada. Ainda que os benefícios relacionados a essa ferramenta sejam amplos, deve-se considerar que seu uso inadequado pode comprometer os resultados e, assim, a preparação da equipe de enfermagem para sua aplicação é um ponto crucial.

De forma geral, o que se percebe é que em países de baixa e média renda existem menos estudos sobre o tema e, assim, os profissionais podem não apresentar conhecimentos suficientes para seu uso qualificado. Quando não compreendem o funcionamento do checklist e seu valor para a segurança do paciente, muitos podem considerar apenas um trabalho a mais a ser feito em uma realidade já permeada por inúmeras exigências, estresse, cansaço, etc. É preciso que mesmo países em desenvolvimento reconheçam a eficácia da ferramenta e procedam de seu uso, preparando adequadamente os profissionais responsáveis para tal finalidade (TOSTES; GALVÃO, 2019).

De modo semelhante, Kizacik e Cigerici (2019) relatam que o conhecimento sobre a ferramenta é, sem dúvidas, um ponto crucial para sua aplicação efetiva. Quanto mais os profissionais são preparados e se habitua com seu uso, mais o processo flui e menores as dificuldades em fazer com que se concretize em todas as suas etapas. Entre todos os pontos críticos dos procedimentos cirúrgicos, a aplicação dos checklists encontram-se entre os principais. Os enfermeiros podem atuar amplamente para a segurança dos pacientes quando conhecem detalhadamente os checklists e apoiam toda a equipe a seguir seus processos de forma organizada e contínua. Mais do que alcançar a

organização do centro cirúrgico, essa atividade eleva os índices de sucesso, reduz risco de falhas, melhora as condições de saúde e qualidade de vida dos pacientes, reduz as mortes e morbidades e, assim, gera impactos positivos também na questão econômica envolvendo as cirurgias e seus pacientes.

Haugen et al (2019) esclarecem que os checklists são mais do que simples documentos, são guias para a melhor condução dos processos, com dados organizados e claros, que quando aplicados só trazem benefícios. No entanto, em países nos quais não existe uma cultura fortalecida de uso dessa ferramenta, investimentos em treinamento, preparação e uso adequado podem ser necessários inicialmente e, assim, muitas instituições podem considerar desnecessários esses custos, por não entenderem que os benefícios posteriores superam os valores inicialmente direcionados para essa finalidade.

Gutierrez et al (2018) realizaram um levantamento junto a 220 enfermeiros para compreender sua visão quanto à segurança do paciente cirúrgico e verificaram que 24,7% consideram o desenvolvimento e o uso de checklists de verificação como medida essencial em benefício dos pacientes e do sucesso do procedimento. Além disso, 23% afirmam que ainda é preciso fortalecer a cultura de segurança do paciente cirúrgico, fazer com que os profissionais consigam entender como o esforço por essa segurança é importante e tenham conhecimentos sobre os procedimentos, processos e etapas, bem como de seu papel nesse esforço.

Mais do que exigir que uma instituição de saúde desenvolva uma política de segurança do paciente e faça uso do checklist, é preciso envolver toda a equipe de enfermagem nessa abordagem, esclarecer a importância, a origem, a avaliação de diferentes autores sobre o tema, bem como demonstrar detalhadamente com preencher esse documento para que, de fato, ele tenha valor na estratégia geral de segurança do paciente operatório (GUTIERRES et al, 2018).

Em muitos países, o uso do checklist cirúrgico da OMS é obrigatório, enquanto outros vêm se esforçando para estabelecer essa obrigatoriedade, mas ainda não foi definida. Há, ainda, países que associam esse checklist com um Sistema Combinado de Segurança Cirúrgica do Paciente, com resultados extremamente positivos, porém, com maior necessidade de preparação da equipe para sua aplicação. Existem posicionamentos contrários à aplicação dessa ferramenta que ressaltam custos, demanda maior de pessoal, preparação e, ainda, que nem sempre a garantia de segurança poderá ser alcançada por sua aplicação, porém, a maioria dos pesquisadores acreditam que os benefícios são significativamente maiores do que possíveis dificuldades iniciais, que são comuns sempre que uma mudança ou uma melhoria são instituídas (STORESUND et al, 2020).

Waehle et al (2020) enfatizam, porém, que quando há uma exigência para o uso dessa ferramenta, sem que as equipes sejam preparadas e recebam o apoio necessário para sua compreensão e aplicação precisa, os profissionais relatam elevados índices de estresse e insegurança e muitos não acreditam em sua efetividade. Não basta dizer

às equipes que o checklist é importante e tem potencial de salvar vidas, é preciso envolver todos os profissionais, demonstrar como seguir com os procedimentos, qual o papel de cada um e, assim, alterar a cultura existente para uma visão de que o checklist é benéfico e relativamente fácil de ser aplicado.

Este estudo foi desenvolvido visando responder ao seguinte questionamento: quais foram os impactos na redução de eventos adversos em instituições que fazem uso do checklists cirúrgico?

O objetivo do estudo foi definido como: demonstrar o potencial de redução dos eventos adversos em instituições que fazem uso do checklist cirúrgico.

O estudo foi estruturado em tópicos, visando sua melhor organização. No primeiro tópico engloba a segurança do paciente cirúrgico, o segundo refere-se ao checklist cirúrgico, o terceiro traz a metodologia aplicada para a construção do estudo e o quarto aponta os resultados de instituições que fazem uso dessa ferramenta para o controle de eventos adversos.

METODOLOGIA

Este estudo teve uma abordagem de pesquisa bibliográfica e documental, pautando-se em artigos tanto nacionais quanto internacionais, para que se torne possível comparar a percepção de diferentes autores. Gil (2010) acredita que todos os estudos, sejam na comunidade científica ou acadêmica, necessitam de um levantamento dos dados já encontrados como forma de sanar dúvidas e responder a questionamentos e, assim, permitir

expansão de saberes e da possibilidade de ofertar dados adicionais relevantes ao que já se sabe.

O autor afirma, ainda, que:

[...] é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos [...] As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (GIL, 2010, p. 48).

Além disso, a abordagem foi exploratória, considerando-se que ao coletar estudos diversos sobre o tema em análise para que o pesquisador analise esses dados, permite sua maior compreensão e mesmo a construção de hipóteses com base em dados anteriormente coletados e apresentados em pesquisas diversas.

Minayo (2010) ressalta que a pesquisa exploratória é relativamente comum, pois aproxima o pesquisador de estudos variados e de abordagens diversas, de modo que sua compreensão sobre o tema torne-se maior e, assim, seja capaz de responder aos questionamentos que propôs ao iniciar seu esforço de pesquisa.

A análise de dados se deu sob a perspectiva qualitativa, na qual o intuito central é compreender um fato em questão e os fenômenos a ele relacionados, indicando tendências amplamente percebidas. Não há foco em encontrar e apresentar dados numéricos nesse tipo de análise de dados (MINAYO, 2010).

Quanto aos critérios éticos do estudo, o pesquisador se responsabiliza integralmente pelos

dados apresentados mantendo, em todo o processo de pesquisa, o esforço de minimizar possíveis riscos. O autor possui total ciência de que se houver qualquer trecho do texto apresentado que possa ser considerado plágio, ou se o mesmo puder ser considerado ilícito (conforme preceitos do Código Penal Brasileiro e da Lei n. 9.610/98), o estudo poderá ser reprovado pela instituição para a finalidade de conclusão de curso, ou qualquer outra.

Procedeu-se de uma busca bibliográfica de publicações no período de 2010 a 2020 (10 anos), sendo considerados elegíveis artigos nacionais e internacionais, desde que tenham sido desenvolvidos sobre o tema de estudos.

As buscas foram realizadas nas seguintes bases eletrônicas de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Health Information from the National Library of Medicine (Medline) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library On-line (SciELO).

Os termos de busca aplicados foram: Cirurgia; Paciente cirúrgico; Segurança; Checklist cirúrgico.

O artigo foi conduzido com base na metodologia de apresentação da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

DISCUSSÃO

Em 2018, Mehta e colaboradores procederam de um estudo prospectivo pautado na avaliação da efetividade da aplicação de checklist específico desenvolvido em um sistema de

Segurança do Paciente Cirúrgico (SURPASS). Trata-se de um checklist que visa elevar os índices de segurança do paciente cirúrgico, porém, com padrão específico que não apoia-se apenas na ferramenta da OMS, mas traz especificidades voltadas para a instituição que o aplica. Todos os pacientes submetidos à cirurgia na sexta unidade do Departamento de Cirurgia de abril de 2014 a maio de 2015 foram incluídos no estudo, excluindo-se aqueles com idade acima de 13 anos e casos de cirurgia de recém-nascidos.

Para o grupo de controle (seis meses iniciais), nenhuma lista de verificação foi implementada, enquanto que para o grupo de estudo (seis meses seguintes) a lista de verificação SURPASS foi implementada. Dados coletados sobre idade, sexo, diagnóstico, procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, número e tipo de complicações pós-operatórias, necessidade de segunda cirurgia devido a complicações, tempo de internação e resultado (alta, incapacidade ou morte). Do total de 372 pacientes operados, 200 enquadraram-se antes e 172 após a implementação da lista de verificação do SURPASS. Antes da implementação do checklist, foram observadas complicações em 66,66% dos casos eletivos e 77,23% dos casos de emergência. Após a implementação do checklist, as complicações nos casos eletivos foram de 51,09% e 67,50% nos casos de emergência. A implementação da lista de verificação SURPASS é eficaz na redução da taxa de complicações pós-operatórias em cirurgias eletivas e de emergência (MEHTA et al, 2018).

Gillespie et al (2018) realizaram um estudo longitudinal prospectivo em três etapas e uma análise secundária retrospectiva dos dados de incidentes clínicos. Os autores implementaram um

programa de segurança do paciente por quatro semanas para melhorar o uso do checklist de segurança cirúrgica pelas equipes. Foram conduzidas observações estruturadas para avaliar o uso da lista de verificação das equipes cirúrgicas antes e após a implementação do programa e realizaram uma auditoria retrospectiva dos dados de incidentes clínicos 12 meses antes e 12 meses após a implementação do programa.

Foram identificadas melhorias significativas no uso observado do checklist em todas as fases, principalmente na saída, onde as taxas de conclusão variaram de 79,3% a 94,5% após a implementação do programa. Nos períodos de auditoria de incidentes clínicos, foram realizados 33.019 procedimentos cirúrgicos. Com base em uma subamostra de 64 casos, os autores verificaram que o incidente mais predominante após a implementação do programa foi a marcação inadequada das amostras de tecido. Incidentes clínicos resultaram em dano mínimo ou nenhum dano ao paciente. O benefício do uso de uma lista de verificação cirúrgica está no potencial de aprimorar as comunicações da equipe e a promoção de uma cultura de equipe na qual a segurança é a prioridade (GILLESPIE et al, 2018).

Na sequência, como forma de ofertar um maior esclarecimento sobre o checklist cirúrgico, apresenta-se a figura 1 com sua estrutura padronizada.

Figura 1: Checklist de segurança cirúrgica

CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO									
II) IDENTIFICAÇÃO:					III) RETORNO DO PACIENTE DO C.C. PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO				
Nome: _____ Registro: _____ Idade: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Enfermeira/Leito: _____					Data internamento: ____/____/____ Data Cirurgia: ____/____/____ Cirurgia (Local): _____ Lado: <input type="checkbox"/> Dir. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NSA				
CENTRO CIRÚRGICO (CC)					UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI)				
1. Termo de consentimento para cirurgia.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	2. Nível de consciência.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	3. Condição de pele e perfúrio local de anestesia.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	4. Tipo de anestesia realizada.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	5. Condição da pele e perfúrio local de anestesia.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Termo de consentimento para anestesia.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	3. Sinais vitais estáveis.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6. Prontuário.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	7. Sistema de drenagem.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. Mobilidade dos membros.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Avaliação e liberação anestésica.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	4. Náusea / vômito.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	9. Preparo pré-operatório de rotina.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	10. Curativo cirúrgico.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Pulso de identificação.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Ficha de visita de enfermagem.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	5. Tipo de anestesia realizada.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Avaliação de vitalidade: roupa íntima, acessórios e prótese.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Prescrição médica pós-operatória.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	14. Sinais vitais estáveis.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Exames de imagem.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6. Prontuário.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	15. Selo cirúrgico marcado.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	16. Ficha de enfermagem transportatório e RPA's preenchidas.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	17. Nenhum intruso de 8 horas.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Prontuário.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	7. Sistema de drenagem.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	18. Acesso venoso permeável.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	19. Paciente refere ou demonstra dor aguda.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	20. Observações.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Preparo pré-operatório de rotina.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. Mobilidade dos membros.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	21. Observações.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	22. Recuperação especial.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Identificação e COREN	
8. Pulso de identificação.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	9. Prescrição médica pós-operatória.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Identificação e COREN		Identificação e COREN		Data: _____ Hora: _____	
9. Avaliação de vitalidade: roupa íntima, acessórios e prótese.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	10. Curativo cirúrgico.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Data: _____ Hora: _____					
10. Selo cirúrgico marcado.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Pulso de identificação.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
11. Nenhum intruso de 8 horas.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Avaliação de vitalidade: roupa íntima, acessórios e prótese.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
12. Acesso venoso permeável.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Paciente refere ou demonstra dor aguda.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
13. Observações.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	14. Sinais vitais estáveis.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (POM) (24 APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR)					V) COMPLICAÇÕES				
DATA: _____					DATA: _____				
Tempo de pós-operatório: _____					NEV _____				
Dor: _____					Queda _____				
Sistema Respiratório: _____					Sangramento _____				
Sistema Digestivo e Urinário: _____					Anemia/transfusão sanguínea _____				
Sistema Cardiovascular: _____					Reação adversa aos medicamentos _____				
Sistema Tegumentar (Pele): _____					Infecção de Sítio Cirúrgico _____				
Selo Cirúrgico: _____					Infecção de Trato Respiratório _____				
Identificação e COREN: _____					Infecção de Trato Urinário _____				
VI) ALTA HOSPITALAR: _____					Infecção Primária Corrente Sanguínea _____				
VII) TRANSFERÊNCIA (para outro setor): _____					Infecção de Sítio Cirúrgico _____				
1. Bom estado geral.					Infecção de Trato Respiratório _____				
2. Avaliação da Ferida Cirúrgica.					Infecção de Trato Urinário _____				
3. Limpeza em Coarção.					Infecção Primária Corrente Sanguínea _____				
4. Orientações para cuidados no âmbito domiciliar e retorno ambulatorial.					Infecção de Sítio Cirúrgico _____				
Identificação: _____					Infecção de Trato Respiratório _____				
Data: _____					Infecção de Trato Urinário _____				
Hora: _____					Infecção Primária Corrente Sanguínea _____				

Fonte: Alpendre et al (2017, p. 6).

Um estudo publicado em 2020 avaliou 9009 procedimentos cirúrgicos no grupo de intervenção (com uso do checklist) para identificar possíveis reduções nos índices de complicações, necessidade de reoperações emergenciais, complicações intra hospitalares, readmissões não planejadas no período de 30 dias, mortalidade em 30 dias e tempo de internação, comparando os resultados com 9.678 sujeitos no grupo de controle (sem aplicação de checklist). Os dados foram obtidos de três departamentos cirúrgicos (neurocirurgia, ortopedia e ginecologia) na Noruega. No grupo intervenção, 62,2% dos pacientes eram mulheres, a idade média foi de 51,7 anos. No grupo de controle as mulheres alcançaram 56,9% da amostra e a idade média foi de 51,5 anos (STORESUND et al, 2020).

No grupo de aplicação do checklist ocorreram menos complicações, reoperações e readmissões. Mortalidade e tempo de internação não apresentaram diferenças entre os dois grupos. Esses dados demonstram resultados reais, mais do que conjunturas ou possibilidades, apontam que os benefícios do checklist e sua associação com outros sistemas de controle da segurança dos pacientes geram benefícios consideráveis para todos os envolvidos e, assim, sua aplicação deve ser estimulada em todo o mundo (STORESUND et al, 2020).

Harris et al (2020) conduziram um estudo qualitativo no qual pacientes pós-operatórios, cirurgiões, médicos, enfermeiras e secretárias de cinco especialidades cirúrgicas participaram de entrevistas em grupos focais. Onze grupos focais foram realizados, incluindo 25 pacientes pós-operatórios e 27 profissionais de saúde em um hospital de ensino superior comunitário na Noruega. Com base em suas experiências, os participantes foram solicitados a identificar riscos percebidos antes e após a cirurgia. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Os fatores de risco de segurança foram categorizados como informações pré-operatórias: preparações pré-operatórias, informações pós-operatórias, planos pós-operatórios e acompanhamento.

As subcategorias de informações e preparações pré-operatórias foram: informações de contato, segurança de medicamentos, estado de saúde, otimização de saúde, estado dentário, informações de leitura, preparação duas semanas antes da cirurgia, informe sua enfermagem cirúrgica, planejando sua própria alta, preparação para

admissão e apenas antes da cirurgia. As subcategorias de informações pós-operatórias, planos e acompanhamento adicionais foram: prevenção e complicações, restrição e atividade, segurança de medicamentos, alívio da dor, funções estomacais, cuidados e consultas adicionais. Tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes expressam a necessidade de uma lista de verificação cirúrgica de segurança do paciente. Um amplo espectro de elementos de risco para uma lista de verificação de segurança do paciente foi identificado. O desenvolvimento de uma lista de verificação de segurança cirúrgica com base nesses elementos de risco pode reduzir complicações e erros indesejados (HARRIS et al, 2020).

Nesse sentido, não apenas utilizar os modelos existentes, o checklist da OMS, como também incrementar ou desenvolver listas auxiliares podem ser medidas importantes para que se respeite a realidade de cada instituição, sem abrir mão dos resultados positivos e benefícios que o uso de um checklist cirúrgico podem trazer para instituições de saúde, equipes e pacientes (HARRIS et al, 2020).

Rohsig et al (2020) avaliaram a aplicação do checklist cirúrgico em um hospital de Porto Alegre – RS, dentro de uma estratégia qualitativa de melhoria com base planejamento, implantação, estudo e ação. A estrutura do checklist foi reavaliada e ajustada para atender ao contexto local da instituição, a partir de discussões com cirurgiões e enfermeiros, sempre baseando-se em bases médicas e científicas quanto ao tema. Os enfermeiros do centro cirúrgico foram treinados e estimulados a fazer uso dessa ferramenta de forma integral. Comparando-se com os dados da linha de

base, o estudo identificou um aumento no uso da ferramenta e os dados foram monitorados com o objetivo de avaliar a sustentabilidade da estratégia em 26 meses. O cumprimento médio da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica após a intervenção atingiu 89%. O cumprimento da fase mais crítica - o tempo limite - começou em 26%.

Após a intervenção, observou-se um aumento no cumprimento do tempo limite, variando de 60% a 90%. Esses dados indicam que a estratégia de melhoria da qualidade proposta, implementada sem custo adicional para a instituição, foi eficaz para aumentar a conformidade da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e produzir resultados sustentáveis. Assim, o checklist não se trata de um custo adicional, mas um investimento que traz consigo resultados duradouros e que não alcançam apenas os pacientes, mas a equipe de forma geral, o que também é benéfico para a instituição de saúde (ROHSIG et al, 2020).

CONCLUSÕES

Diante da realidade envolvendo o elevado número de complicações em procedimentos cirúrgicos, conduzido a morbidades e mortalidade consideráveis em todo o mundo, tanto a OMS – Organização Mundial da Saúde – quanto outros órgãos, desenvolveram listas de verificação, os checklists, para que haja organização e otimização dos procedimentos e, assim, resultem em menores índices de eventos adversos com objetivo de reduzir morbidades e mortalidade dos pacientes. É comum que as instituições adaptem os checklists para sua estrutura e realidade, sempre com o intuito central de garantir a segurança dos pacientes antes, durante e depois do procedimento cirúrgico.

A prevenção de incidentes clínicos e eventos adversos deve ser o objetivo final da aplicação de checklists de rotina. O benefício do uso de uma lista de verificação cirúrgica está no potencial de aprimorar as comunicações da equipe e a promoção de uma cultura de equipe na qual a segurança é a prioridade.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, I. M. ROCHA, R. C.; AVELINO, F. V. S. D. et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180198, 2019.
2. ALPENDRE, F. T.; CRUZ, E. D. A.; DYNIEWICS, A. M. et al. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** 2017; vol. 25 e2907.
3. HAUGEN, A. S.; SEVDALIS, N; SOFTELAND, E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. **Anesthesiology.** 2019 vol. 131, n. 2, p. 420–425.
4. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2010.
5. GILLESPIE, B. M.; HARBECK, E.L.; LAVIN, J. Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study. **BMJ Open Quality.** 2018; vol. 7,3 e000362.
6. GUTIERRES, L. S.; SANTOS, J. L. G.; PEITER, C. C. et al. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, 2018; vol. 71, supl. 6, p. 2775-2782.
7. HARRIS, K.; SOFTELAND, E.; MOI, A. L. et al. Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist - a qualitative study. **BMC Health Services Research.** 2020; vol. 20, n. 1, 43.
8. JAIN, D.; SHARMA, R. REDY, S. WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. **Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology.** 2018; vol. 34, n. 1, p. 7-10.
9. KISACIK, O. G.; CIGERCI, Y. Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives. **Pakistan Journal of Medical Sciences.** 2019; vol. 35, n. 3, p. 614-619.
10. MEHTA, N.; AMARANATHAN, A.; JAYAPAL, L. et al. Effect of Comprehensive Surgical Safety System on Patients' Outcome: A Prospective Clinical Study. **Cureus.** 2018; vol. 10,5 e2601.
11. MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
12. O'CONNOR, P.; REDDIN, C.; O'SULLIVAN, M. et al. Surgical checklists: the human factor. **Patient Safety in Surgery.** 2013; vol. 7, n. 1, 14.
13. RANGANATHAN, P.; GOGTAY, N. J. Improving peri-operative patient care: the surgical safety checklist. **Journal of Postgraduate Medicine.** 2015; vol. 61, n. 2, p. 73-4.
14. RIBEIRO, H. C. T. C.; QUITES, H. F. O.; BREDES, A. C. et al. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cadernos de Saúde Pública.** 2017, vol. 33, n. 10, e00046216.
15. ROHSIG, V.; MAESTRI, R. N.; MUTLAQ, M. F. P. et al. Quality improvement strategy to enhance compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist in a large hospital: Quality improvement study. **Annals of Medicine and Surgery.** 2020; vol. 55, p. 19–23.
16. STORESUND, A.; HAUGEN, A.S.; FLAATTEN, H. et al. Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial. **JAMA Surgery,** 2020; vol. 155, n. 7, p. 562–570.
17. TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M. Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2019; vol. 27, e3104.
18. WAEHLE, H. V.; HAUGEN, A. S.; WIIG, S. et al. How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. **BMC Health Services Research.** 2020; vol. 20, n. 1, 111.
19. WILLASEN, E. T.; JACOBSEN, I. L. S.; TVEITEN, S. Safe Surgery Checklist, Patient

Safety, Teamwork, and Responsibility-Coequal Demands? A Focus Group Study. **Global Qualitative Nursing Research**. 2018; vol. 5, 2333393618764070.