

**Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico***Client safety and the actions related to the surgical procedure**Seguridad del cliente y las acciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico*Andréia Regina Lopes Grigoletto<sup>I</sup>, Fernanda Raphael Escobar Gimenes<sup>II</sup>, Maria do Carmo Querido Avelar<sup>III</sup>**RESUMO**

O procedimento anestésico-cirúrgico é parte integrante da assistência à saúde, contribuindo na prevenção de agravos à integridade física e perda de vidas. Como estratégia na redução desses eventos a Organização Mundial da Saúde lançou a campanha "cirurgias seguras salvam vidas". Com o objetivo de discutir as ações voltadas à segurança dos pacientes no período operatório, buscou-se no site da Organização Mundial da Saúde os estudos disponíveis sobre avanços na execução de procedimentos seguros, com a implementação do Checklist, na sistematização dos cuidados preconizados no centro cirúrgico, que garantam alta eficácia e baixo custo. O estudo explicita e discorre sobre a estratégia de utilização do Sistema "Checklist", apresentando ações específicas que permeiam três momentos do procedimento anestésico-cirúrgico. A implementação do Checklist confere o alcance do procedimento correto, pela equipe correta e paciente correto, tendo em vista estabelecer processos seguros na realização da cirurgia.

**Descritores:** Enfermagem; Cirurgia; Gerenciamento de Segurança; Organização Mundial da Saúde.

**ABSTRACT**

The anesthetic-surgical procedure is part of health care, contributing to the prevention of harm to physical integrity and loss of lives. As a strategy to reduce these events to the World Health Organization launched the campaign "safe surgeries save lives." The aim of this study was to discuss the actions related to patient's safety during surgery, based on the available studies in the site of the World Health Organization, about the advance in the performance of safe procedures with the implementation of a Checklist in the systematization of care recommended in the surgery center, that ensure high efficiency and low cost. The study explains and discusses strategies of using the Checklist System, presenting specific actions that permeate three times the anesthetic-surgical procedure. The implementation of the Checklist gives the range of the correct procedure for the right team and right patient, in order to establish safe procedures in surgery.

**Descriptors:** Nursing; Surgery; Safety Management; World Health Organization.

**RESUMEM**

El procedimiento anestésico-quirúrgico es una parte integrante del cuidado de la salud, contribuyendo a la prevención de los daños a la integridad física y la pérdida de la vida. Como una estrategia para reducir estos hechos a la Organización Mundial de la Salud lanzó la campaña "La cirugía segura salva vidas". Con el objetivo de discutir sus acciones para la seguridad del paciente durante la cirugía, buscó en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud, los estudios disponibles sobre el progreso en la ejecución de la implementación de seguros con la aplicación del Checklist, la sistematización de los cuidados preconizados en el centro la cirugía, que garantizan una alta eficiencia y bajo costo. El estudio explica y discute la estrategia de usar el Sistema Checklist, presentando acciones específicas que impregnan tres momentos del procedimiento anestésico-quirúrgico. La implementación del Checklist confiere el alcance del procedimiento correcto, para el equipo correcto y paciente correcto, a fin de establecer los procedimientos de seguridad en la cirugía.

**Descritores:** Enfermería; Cirugía; Administración de la Seguridad; Organización Mundial de la Salud.

<sup>I</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Descalvado, SP, Brasil. E-mail: [andreiarlopes@iq.com.br](mailto:andreiarlopes@iq.com.br).

<sup>II</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Professor, Faculdade Anhanguera de Piracicaba. Piracicaba, SP, Brasil. E-mail: [fer\\_gimenes@yahoo.com.br](mailto:fer_gimenes@yahoo.com.br).

<sup>III</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor, Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde têm propiciado aumento significativo no número de intervenções cirúrgicas ao redor do mundo, as quais são, muitas vezes, realizadas em condições inseguras interferindo na promoção e na recuperação da saúde dos clientes. A qualidade do cuidado e a segurança dos clientes assumem, portanto, papel de relevância, sendo reconhecida como a Era da Segurança<sup>(1)</sup>.

Neste contexto, as discussões sobre a segurança dos clientes têm-se ampliado consideravelmente no meio científico e assistencial, visto que a ocorrência de eventos adversos vem-se acentuando nas instituições hospitalares representando um grave problema de saúde pública.

Entretanto, a partir de 1999, este assunto despertou maior atenção do público norte americano bem como de profissionais e instituições de saúde ao redor do mundo, com a publicação do relatório do Instituto de Medicina Americano intitulado "To Err is Human". Este relatório revelou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam todos os anos nos Estados Unidos devido aos erros na assistência médico-hospitalar<sup>(2)</sup>. O erro na área da saúde envolve, primeiramente, o reconhecimento de que os profissionais desta área, como quaisquer outros seres humanos, podem cometê-lo e que ele acompanha a condição humana<sup>(3)</sup>.

Nenhum profissional deseja cometer erros, todavia, quando estes ocorrem, na maioria das vezes, procura-se escondê-los devido ao medo das ações punitivas, impossibilitando a análise crítica de suas origens<sup>(4)</sup>. Por conseguinte, os fatores causais permanecem latentes, implicando em novas ocorrências. Neste sentido, visando diminuir a sua frequência, faz-se necessário a realização de uma análise crítico-reflexiva dos processos envolvidos na identificação das suas causas, de forma a removê-los do sistema como um todo, impedindo a ocorrência de novos eventos<sup>(4)</sup>.

Estudo australiano<sup>(5)</sup> revelou que os eventos adversos foram responsáveis por um aumento de 8% no tempo de hospitalização dos clientes e por um acréscimo nos custos de \$4,7 bilhões de dólares anuais para o sistema de saúde daquele país.

No Reino Unido, as taxas de complicação, entre as principais cirurgias, eram de 20-25%, com uma mortalidade de 5 a 10%. Entretanto, pelo menos, 30 a 50% das complicações, ocorridas entre clientes

submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos gerais, foram considerados evitáveis<sup>(6)</sup>.

No que diz respeito às intervenções cirúrgicas, estas integram a assistência a saúde contribuindo com a prevenção de agravos à integridade física e à perda de vidas, no entanto, está associada, consideravelmente, a riscos de complicações e morte<sup>(7)</sup>.

Atualmente, 234 milhões de cirurgias são realizadas anualmente em todo o mundo, o que significa uma operação a cada 25 pessoas, explicitando que a segurança do cliente é de significativa importância para a saúde pública. Além disso, estimativas anteriores apontaram que 7 milhões de clientes sofreram complicações após a cirurgia, das quais, 50% delas poderiam ter sido evitadas<sup>(8-9)</sup>.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, desde julho de 2004, exige que as organizações acreditadas estejam empenhadas na aplicação do Protocolo Universal que, constitui-se de um instrumento de prevenção de acidentes. A princípio, sua aplicação pode parecer incômoda e redundante, mas há grande probabilidade de eliminar ocorrências desastrosas em situações de cirurgia/ procedimentos invasivos. Este protocolo, baseado no consenso de profissionais pertencentes às várias especialidades cirúrgicas, vem sendo apoiado por mais de 40 associações médicas e organizações de saúde<sup>(10)</sup>.

De acordo com a *Organização Mundial da Saúde (OMS)*, a segurança do cliente pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torná-los visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes<sup>(11)</sup>.

Desta maneira, as discussões sobre as origens dos erros na assistência à saúde devem fazer parte das rotinas hospitalares, num processo de vigilância contínua para que suas causas possam ser identificadas, detectando assim erros potenciais, bem como, direcionando esforços no intuito de incorporar na prática clínica estratégias baseadas em evidências, como por exemplo, o Checklist sobre "cirurgias seguras", lançado pela OMS.

Com base nesta realidade, fica evidente a importância das instituições reconhecerem as fragilidades e vulnerabilidades de seus sistemas no intuito de identificarem as origens dos erros de forma a corrigi-los, tornando a assistência ao cliente mais eficaz e segura.

Diante da abrangência do tema, o presente estudo teve como foco a prevenção de erros em procedimentos anestésico-cirúrgicos ou invasivos, visualizando a segurança do cliente no período operatório. Trata-se de um texto de atualização, tomando-se como base as publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre "*Cirurgias seguras salvam vidas*", cujo objetivo foi discutir sobre as ações preconizadas pela OMS para a segurança do cliente frente ao procedimento cirúrgico.

### **A SEGURANÇA NAS CIRURGIAS E O CHECKLIST COMO ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA OPERATÓRIA**

Em 25 de junho de 2008, a OMS lançou oficialmente em Washington a campanha "*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*", como um dos desafios propostos pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente. A *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, em apoio à campanha, afirma que o programa embasado no sistema de Checklist corrobora para a conscientização global, bem como reforça a mensagem de que, se implantado em base sólida, contribuirá, para a realização de cirurgias seguras<sup>(12)</sup>.

A segurança do cliente tem como definição, a redução e/ ou atenuação de atos considerados inseguros, atrelados ao sistema de assistência à saúde, bem como ao emprego das melhores práticas, no intuito de obter os resultados esperados<sup>(13)</sup>.

O esforço em proporcionar a melhor assistência possível, intrínseca aos profissionais da saúde, já não é considerado por si só um comportamento que evita a ocorrência de falhas e acidentes relacionados à assistência prestada aos clientes, exigindo dessa forma, comprometimento da equipe de saúde e gestores institucionais, num processo que sistematiza o cuidado seguro no centro cirúrgico<sup>(14)</sup>.

Ressalta-se ainda que, a segurança do cliente reflete direta e intimamente a qualidade da assistência prestada a população e esta, por sua vez, tem adquirido mais ciência de seus direitos, estabelecendo critérios que refletem suas escolhas e atitudes, diante dos serviços de saúde.

O Checklist, "*Cirurgias seguras salvam vidas*", desenvolvido pela OMS foi criado com o intuito de auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao cliente. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente contou com vários colaboradores de todas as regiões do mundo, das diversas

especialidades cirúrgicas, profissionais da área da saúde e correlatas, clientes e grupos de segurança do cliente. Juntos, identificaram os itens de segurança a serem verificados, de forma que pudessem ser colocados em prática em qualquer sala de operação, resultando, dessa forma, no sistema Checklist, que visa reforçar a segurança operatória com práticas corretas e promover uma melhor comunicação e trabalho em equipe<sup>(15)</sup>.

Como prática internacional baseada em evidências, o Checklist apresenta-se dividido em três momentos: o 1º "*Sign in*"; o 2º "*Time out*" e o 3º "*Sign out*" (Figura 1), devendo ser coordenado por um elemento da equipe operatória, a qual compreende cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos e demais profissionais envolvidos. Essa equipe deve trabalhar transdisciplinarmente, uma vez que todos são responsáveis pelo cuidado seguro do cliente, cada qual no desempenho de sua função, garantindo o sucesso do procedimento cirúrgico<sup>(7,16)</sup>.

**Figura 1:** Checklist da campanha "cirurgia segura salva vidas".

Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS		
Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do Paciente</li> <li>• Local da cirurgia a ser feita</li> <li>• Procedimento a ser realizado</li> <li>• Consentimento Informado realizado</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica <input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK <input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionando O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500mL (7mL/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.	<input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do Paciente</li> <li>• Local da cirurgia a ser feita</li> <li>• Procedimento a ser realizado</li> </ul> Antecipação de eventos críticos: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica Exames de imagem estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: <input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) <input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente <input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Fonte: Zambon LS<sup>(17)</sup>.

## A SEGURANÇA RELACIONADA AO PERÍODO PRÉ INDUÇÃO ANESTÉSICA

I - O primeiro momento do Checklist expresso pelo "**Sign In**", realizado antes da Indução Anestésica, estabelece a presença obrigatória do anesthesiologista e enfermeiro, seguindo-se as propostas de ações, abaixo descritas:

**Confirmação da identidade do cliente:** confirma-se verbalmente com o cliente a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e o documento com a assinatura do seu consentimento para a cirurgia ou do seu responsável legal.

**Marcação do sítio cirúrgico:** confirma-se, o local correto marcado pelo cirurgião para a cirurgia, geralmente com uma caneta própria. Alerta-se para os

casos que envolvem lateralidade, isto é uma distinção para a esquerda ou para a direita, ou múltiplas estruturas ou níveis (por exemplo, dedo, lesão cutânea, vértebra). Estruturas de linha média ou estruturas simples seguirão a prática local.

**Segurança na anestesia:** checa-se, formalmente, com o anesthesiologista os equipamentos, medicamentos e riscos anestésicos do cliente. Deve-se confirmar a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos para manutenção das vias aéreas; administração de oxigênio e agentes inalatórios; carro de anestesia; aspirador; medicamentos e dispositivos de emergência.

**Oxímetro de pulso, instalação e funcionalidade:** confirma-se que o oxímetro de pulso foi colocado, bem como os parâmetros ajustados e se os alarmes sonoros

estão funcionando, antes da Indução da Anestesia. Preferencialmente, a leitura da oximetria de pulso deve ser visível para a equipe operacional. A oximetria de pulso tem sido altamente recomendada como um componente necessário de cuidados de anestesia segura pela OMS.

**O cliente tem alguma alergia conhecida?:** A verificação deve ser dirigida ao anesthesiologista. Em caso afirmativo, perguntar: *Qual?* Isso deve ser feito, a fim de confirmar se o anesthesiologista está ciente da presença de alergias e que riscos representam para o cliente. Se o coordenador ou outro profissional da equipe tem conhecimento de uma alergia do cliente, esta informação deve ser comunicada especificamente ao anesthesiologista.

**Via aérea difícil:** confirma-se com o anesthesiologista se foi realizada uma criteriosa avaliação quanto às vias aéreas do cliente. Exemplo, na avaliação da distância tireoentoniana, a pontuação entre 3 e 4 indica dificuldade de intubação e necessidade de preparação da equipe e de equipamentos de emergência. Outro profissional, capacitado na execução da técnica de intubação, deve estar junto ao anesthesiologista para atendimento de urgência.

**Risco de broncoaspiração:** deve também ser analisado como parte da avaliação da via aérea. Se o cliente tiver sintomas de refluxo ativo ou resíduo gástrico, o anesthesiologista deve se preparar para a possibilidade de aspiração traqueobronquica. O risco pode ser reduzido, modificando-se o plano de anestesia.

**Risco de perda sanguínea > 500mL/ (7mL/kg em crianças):** questiona-se o anesthesiologista sobre os riscos do cliente quanto à perda sanguínea durante a cirurgia, a fim de assegurar o reconhecimento e a preparação para este evento crítico (risco de choque hipovolêmico). Se o profissional de anestesia não sabe informar sobre o risco de perda sanguínea, é importante discutir o problema com o cirurgião antes da Indução da Anestesia. Se houver um risco significativo de perda sanguínea, maior que 500 ml, é altamente recomendável instituir, pelo menos, dois acessos intravenosos calibrosos ou um acesso venoso central antes da Incisão da Pele. Além disso, a equipe deve confirmar a disponibilidade de hemocomponentes e discutir o planejamento para reposição.

Ao completar a primeira parte "Sign in", a Indução Anestésica poderá ser iniciada.

## A SEGURANÇA RELACIONADA AO PERÍODO PRÉ INCISIONAL

II - O segundo momento do Checklist, denominado "**Time Out**", compreende uma pausa momentânea, tomada pela equipe, antes da Incisão da Pele, a fim de confirmar itens essenciais à segurança do cliente, a qual envolve ações de toda a equipe.

**Confirmar os nomes e as funções de todos os membros da equipe:** pede-se a cada membro da equipe apresentar-se dizendo seu nome e sua função, incluindo estudantes ou outras pessoas presentes. Essa simples rotina auxilia no gerenciamento das ações de cada componente da equipe, em possíveis momentos críticos.

**Cirurgião, anesthesiologista e enfermeiro confirmam: cliente, a cirurgia, o local e o posicionamento na mesa operatória:** Este passo é o padrão de "**Time Out**" e cumpre as normas das agências reguladoras nacionais e internacionais. Antes que o cirurgião faça a Incisão da Pele, a pessoa que coordena o Checklist ou outro membro da equipe pedirá a todos os presentes na sala de operação para que, atentos a esta fase, verbalmente confirmem o nome do cliente, a cirurgia a ser realizada, o local, e o posicionamento do cliente na mesa operatória, a fim de evitar erros, certificando-se do procedimento correto; do paciente certo e da equipe certa.

**Antecipação de eventos críticos:** O Coordenador do Checklist conduz uma rápida discussão entre o cirurgião, o anesthesiologista e a equipe de enfermagem sobre situações críticas e sobre o planejamento da segurança. Caso não haja nada específico a ser dito, o profissional pode simplesmente declarar que não há nada fora do rotineiro a ser lembrado.

**Revisão do cirurgião:** o cirurgião pode dimensionar de forma mais apropriada a perda do volume sanguínea, em que momento precisará de reposição e de equipamentos especiais ou sobre fases da cirurgia que serão críticas, duração estimada ou outros fatores complicadores da evolução do paciente.

**Revisão do anesthesiologista:** o anesthesiologista poderá comunicar as preocupações relativas ao cliente; o planejamento para possíveis perdas sanguíneas; a presença de alguma patologia de base que não possa ser esquecida, ou qualquer outro item que pareça ser relevante relatar para toda a equipe.

**Revisão da enfermagem:** deve-se confirmar se os equipamentos estão adequados e funcionantes; checar

materiais/ instrumentais quanto ao processo de esterilização, pois caso não esteja, isso deve ser corrigido antes da Incisão da Pele; deve-se também, caso necessário, verificar se há alguma alteração do plano inicial, gerando necessidade específica quanto a qualquer material ou equipamento que será utilizado durante o procedimento cirúrgico.

**Profilaxia com antibióticos:** na prática cirúrgica este item é considerado fundamental na redução da infecção de sítio cirúrgico. Questiona-se o anestesiológico quanto à dose de antibiótico profilático administrada nos últimos 60 minutos. Caso não tenha sido administrado, fazê-la antes da Incisão da Pele. Caso tenha sido administrada há mais de 60 minutos, a equipe deve considerar que a dose seja refeita. Nas situações onde o cliente estiver recebendo tratamento com antibióticos, este item passa a ser irrelevante.

**Exames de imagem:** são considerados como de fundamental importância para a realização de inúmeras cirurgias. Perguntar à equipe sobre a necessidade dos exames de imagem relacionadas à cirurgia. Caso a resposta seja negativa, deixar este item checado como "não se aplica". Nos casos onde o exame de imagem se faz necessário, providenciá-lo.

Ao término do "**Time Out**", procede-se ao Ato Operatório. Ao final do procedimento cirúrgico, o próprio cirurgião solicita a checagem da fase, explicitada a seguir.

## A SEGURANÇA RELACIONADA AO FINAL DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

III - O terceiro momento do Checklist, "**Sign Out**", é iniciado e pode ser realizado durante o fechamento da ferida operatória. Deve-se completar todos os itens antes da retirada do cliente da sala cirúrgica. Parte da função desta fase do "Checklist" é garantir os cuidados no pós-operatório. Seguem-se as exigências de revisão desta fase:

**Procedimento realizado:** a enfermeira confirma verbalmente com o cirurgião e com a equipe o nome do procedimento cirúrgico realizado. Vale reforçar que pode ocorrer mudanças ou expansão do procedimento, advindo daí a importância da informação.

**Conferência de instrumentos cirúrgicos, compressas e agulhas:** a checagem e contagem correta devem ser confirmadas pelo instrumentador e circulante de sala, em voz alta. Atenção especial deve ser dada às cirurgias de cavidade aberta. Na falta de

algum item, checar lixos, campos, *hamper* e cavidade cirúrgica, se necessário. Solicitar exames de imagem.

**Identificação de materiais para exame anatomopatológico:** as falhas na identificação do material podem gerar sérios erros nos laboratórios de análise e prejudicar o cliente por falta ou troca de diagnósticos. O circulante de sala deve, em voz alta, confirmar com a equipe cirúrgica alguns dados, tais como: nome do cliente, o material e outras informações pertinentes conforme rotina da instituição: data, cirurgião, convênio.

**Equipamentos com problemas:** equipamentos ou instrumentos com falhas e avarias necessitam ser identificados, descritos, bem como, encaminhados à manutenção para serem corrigidos antes de serem utilizados em uma próxima cirurgia.

**Recuperação do cliente:** o cirurgião, o anestesiológico e o enfermeiro necessitam revisar todos os cuidados específicos necessários à assistência do cliente, focando em especial, problemas intra-operatórios ou anestésicos que poderão afetá-lo em sua recuperação pós-anestésica e pós-operatória. O objetivo desta etapa é a transferência eficiente, adequada e correta das informações críticas do cliente para toda a equipe.

Concluindo-se esta etapa, o Checklist de Segurança para Cirurgias está finalizado, podendo ser anexado ao prontuário do cliente, ou utilizado em análises de controle de qualidade do Serviço / Instituição.

## BASES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST

O "Checklist" foi estudado quanto a sua aplicabilidade entre outubro de 2007 e setembro de 2008 em oito hospitais de cidades diferentes (Toronto-Canadá; Nova Deli-Índia; Amã-Jordânia; Auckland-Nova Zelândia; Manila-Filipinas; Ifakara-Tanzânia; Londres-Inglaterra, e Seattle-WA), representando uma variedade de circunstâncias econômicas e diferentes populações<sup>(18)</sup>. Prospectivamente, foram coletados dados sobre os processos clínicos antes e depois do "Checklist" ser implementado. Os resultados demonstraram melhorias significativas, com redução das taxas de mortes e de complicações para mais de um terço, nos oito hospitais-piloto. Após a implantação do "Checklist", a taxa de complicações hospitalares caiu de 11% para 7%, e a de mortalidade, no pós-operatório de cirurgias de grande porte, de 1,5% para 0,8%<sup>(18)</sup>.

Os eventos que comumente resultam em erros nas salas de cirurgia são passíveis de serem evitados. No entanto, a equipe operatória deve entendê-los como reais, levantando-os por meio de pesquisas locais, instituindo um "Checklist" adequado à realidade de cada instituição.

Apesar do "Checklist" elaborado pela OMS ter sido construído com base em evidências científicas, bem como opiniões de especialistas quanto à sua eficácia em reduzir a probabilidade de eventos adversos, a adequação do instrumento à realidade vivenciada é uma necessidade estimulada pela Organização. No entanto, deve prevalecer a sensatez e coerência da equipe operatória, a qual deverá integrar passos essenciais dessa estratégia à segurança do cliente.

No Brasil, implementar uma estratégia que visa a segurança do cliente calcada em estudos científicos previamente elaborados e divulgados e com baixo custo vem ao encontro das perspectivas socioeconômicas do país, conferindo o alcance do procedimento correto, pela equipe correta e paciente correto, tendo em vista estabelecer processos seguros na realização da cirurgia. Mesmo assim, há outros desafios a serem enfrentados, como por exemplo, o trabalho transdisciplinar. Transpondo-se esta barreira e instituindo a estratégia na prática clínica, espera-se obter o sucesso no gerenciamento dos riscos operatórios conforme resultados dos estudos já realizados<sup>(7,16)</sup>.

O fortalecimento da equipe neste processo deve levar em consideração aspectos como o aprimoramento da comunicação, o inter-relacionamento dos elementos integrantes da equipe em sala de operações, somados à sistematização das ações que integram os três grandes momentos do procedimento anestésico-cirúrgico: "*Sign in*"; "*Time out*" e "*Sign out*".

## CONCLUSÃO

O estudo explicita e discorre sobre a estratégia de utilização do Sistema "Checklist", apresentando ações

específicas que permeiam os três momentos do procedimento cirúrgico, tendo em vista garantir a segurança do cliente.

A referida estratégia é proposta para ajudar a minimizar os riscos mais comuns e evitáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico, ficando estabelecido uma seqüência de ações correspondendo a um período de tempo relativo ao fluxo normal do procedimento. Assim, antes da "indução anestésica", ou seja, num primeiro momento, o responsável pela verificação das ações previstas no "Checklist" revê a identidade e o consentimento do cliente, o local e o procedimento; oxímetro instalado e em perfeito funcionamento; risco de perda sanguínea; dificuldade das vias aéreas e reações alérgicas, acesso venoso e plano para o posicionamento em mesa operatória, estes visando garantir plena segurança no momento anestésico.

Num segundo momento, "antes de iniciar a cirurgia", cada membro da equipe apresenta-se pelo nome e função; confirma o nome do cliente; procedimento cirúrgico e posição na mesa operatória; revisão sobre o risco de perda sanguínea; possíveis reações alérgicas e dificuldades com as vias aéreas, bem como outros fatores significativos.

As ações relativas ao terceiro momento do "Checklist", "antes do cliente sair da Sala Cirúrgica", envolve analisar em conjunto, a cirurgia realizada; contagem de compressas, instrumentais e agulhas; rotulagem de materiais para exame anatomopatológico; avarias em equipamentos.

A coordenação do processo de verificação por uma única pessoa é essencial para o seu sucesso, sendo esta no geral uma enfermeira.

O estabelecimento de uma cultura de trabalho voltado à segurança do paciente é o cerne da questão relacionada a eventos adversos, compondo o grande desafio da campanha "Cirurgia Segura Salva Vidas".

## REFERÊNCIAS

1. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2010 mar 25];11(2):413-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a24.pdf>.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 3rd ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences; 2000.
3. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994; 272 (23):1851-57.
4. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, Cassiani SHB. Segurança do paciente na terapêutica

medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2011 mar 25];18(6). Available:

5. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_03.pdf).
5. Vicent CA. Risk, safety and the dark side of quality. BMJ. 1997;314:1775-76.
6. Healey MA, Shackford SR, Osler TM, et al. Complications in surgical patients. Arch Surg. 2002;137:611-618.
7. Organizacao Mundial da Saude. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da

Saúde/Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [cited 2011 jun 30]. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgia\\_salva\\_manual.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf).

8. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet*. 2008;372(9633):139-44.

9. OMS. Safe Surgery Saves Lives Frequently Asked Questions. [cited 2009 Sept 05]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq\\_introduction/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/index.html).

10. JCAHO. Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery™: practical approaches to implementation. [cited 2008 Dec 03]. Available from: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/SpeakUp/default.htm>.

11. OMS. World alliance for patient safety. Implementation manual surgical safety Checklist (first edition). Safe Surgery saves lives. 2008. [cited 2009 Sept 05]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSL\\_Manual\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSL_Manual_finalJun08.pdf).

12. Association of Perioperative Registered Nurses. AORN Endorses the WHO Safe Surgery Saves Lives Initiative. [cited 2009 Sept 05]. Available from: [http://www.aorn.org/docs/assets/295E6F0F-1871-EBA3-884DD2EC8C52C3D3/WHO\\_Press\\_Release.pdf](http://www.aorn.org/docs/assets/295E6F0F-1871-EBA3-884DD2EC8C52C3D3/WHO_Press_Release.pdf).

13. The Canadian Patient Safety Dictionary. [cited 2009 Sept 05]. Available from: [http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary\\_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf).

14. Quinto Neto A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *RAS* 2006; 8(33): 153-158.

15. OMS. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. [cited 2009 Sept 05]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>.

16. OMS. Implementation manual – who surgical safety checklist. [cited 2009 Sept 05]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss\\_checklist/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html).

17. OMS. World health organization safe surgery saves lives starter kit for surgical checklist implementation. [cited 2009 Sept 05]. Available from: [http://www.medicinanet.com.br/pesquisas/manual\\_de\\_implementacao\\_do\\_checklist\\_da\\_campanha\\_cirurgia\\_segura\\_salva\\_vidas\\_da\\_oms.htm](http://www.medicinanet.com.br/pesquisas/manual_de_implementacao_do_checklist_da_campanha_cirurgia_segura_salva_vidas_da_oms.htm).

18. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Patchen Dellinger E, et al. For the Safe Surgery Saves Lives Study Group. Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine* 2009;360(14):491-499.

Artigo recebido em 02.07.2010.

Aprovado para publicação em 21.06.2011.

Artigo publicado em 30.06.2011.