



## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório

### Surgical safety checklist: Verification check record fill form analysis in before, during and post operative

Ana Clara Rodrigues de Paiva<sup>1</sup>, Breno Santos de Araújo<sup>1</sup>, Bruna Ramos de Carvalho<sup>1</sup>, Daniela Carmo Arantes<sup>1</sup>, Luan Moreira Marinho<sup>1</sup>, Marilene Soares Silva<sup>1</sup>, Pablo Raphael de Freitas<sup>1</sup>, Luzimar Rangel Moreira<sup>2</sup>.

#### RESUMO

O *checklist* de cirurgia segura é um dos instrumentos propostos pela Organização Mundial de Saúde para garantir aos pacientes maior segurança na assistência cirúrgica. Este estudo teve o objetivo de analisar a adesão dos profissionais ao preenchimento da lista de verificação de registro de pré, trans e pós-operatório imediato em uma instituição hospitalar de grande porte de Minas Gerais. Dos 88 *checklists* analisados, verificou-se que há uma adesão dos profissionais de aproximadamente 89%. Dos itens não preenchidos, 55% estão na fase pré-operatória, 24% estão na fase transoperatória e, finalmente, 21% na fase pós-operatória imediata. Os dados demonstraram a necessidade de uma avaliação contínua do instrumento e a identificação dos motivos da não adesão. Observamos ainda que, para o instrumento ser eficaz, há a necessidade de uma sensibilização por parte da equipe sobre sua importância e os benefícios que ele traz para o paciente e para a equipe.

**Palavras-chave:** *checklist*, procedimento cirúrgico, segurança do paciente.

<sup>1</sup> Acadêmicos de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

<sup>2</sup> Orientadora. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Docente temporária do Curso de Trauma, Urgência e Emergência para Enfermeiros do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Reanimação. Professora Assistente III da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

#### ABSTRACT

The surgical safety checklist is one of the instruments proposed by the World Health Organization to ensure to the patients increased security in surgical care. This study aimed to analyse the adherence from professionals to fill the registration checklist of before, during and immediately post operative in a large hospital institution of Minas Gerais. From 88 analysed checklists, it was found there is an 89% adherence by professionals. From items

unfilled, 55% are in post operative phase, 24% are in intraoperative phase and lastly, 21% are in the immediately post operative phase. The data showed the need for a continuous assessment of the instrument and the identification of the reasons for non-adherence. We also observed, so that the instrument can be effective, there is a need to team awareness about its importance and the benefits it brings to the patient and team.

**Key-words:** checklist, surgery procedure, patient safety.

---

## INTRODUÇÃO

O hospital é um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica e hospitalar a pacientes em regime de internação, sendo também classificado em hospital de grande porte (151 a 500 leitos), médio porte (51 a 150 leitos) e pequeno porte (até 50 leitos)<sup>1</sup>.

Dentro desse cenário hospitalar, o Bloco Cirúrgico destaca-se como uma de suas áreas de maior importância, considerando o número de procedimentos realizados, a alta complexidade de equipamentos e de pessoal qualificado para a realização de intervenções cirúrgicas, tornando assim um local crítico e que demanda grande parte dos investimentos das instituições hospitalares<sup>2</sup>.

É considerada cirurgia qualquer procedimento que aconteça na sala de operações envolvendo a incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecido, que normalmente requer anestesia regional ou geral, ou sedação profunda para efetuar o controle da dor<sup>3</sup>.

O volume anual de cirurgias varia entre 187 e 281 milhões de procedimentos, o que equivale a cerca de uma cirurgia a cada 25 pessoas no período de um ano. Um número tão grande de intervenções gera uma grande preocupação: a segurança dos pacientes e os erros e falhas dos servidores de saúde<sup>3</sup>.

Assim, complicações relacionadas a procedimentos cirúrgicos são frequentes e representam um atual problema de saúde. No ano de 2004, foram realizadas 234 milhões de cirurgias no mundo, resultando em dois milhões de mortes nesses procedimentos e cerca de sete milhões de complicações, sendo que 50% das quais foram consideradas evitáveis<sup>3</sup>. Nos hospitais no mundo, morre um paciente a cada trezentos admitidos, e a causa da morte de mais de 50% destes é relacionada a erros cirúrgicos preveníveis<sup>4</sup>.

Com o objetivo de diminuir as complicações de procedimentos cirúrgicos, tornou-se necessário promover o estabelecimento de políticas

e práticas clínicas seguras. Desta forma, em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, com uma série de objetivos que foram sendo lançados nos anos seguintes, de acordo com a identificação das necessidades mais atuais e evidentes que impactam na segurança do paciente<sup>3</sup>.

Nos anos de 2007 e 2008, a problemática escolhida para ser discutida e analisada foi a segurança dos cuidados cirúrgicos, em que foi lançado o desafio de conhecer quais são as principais complicações nos atos cirúrgicos, o estabelecimento de diretrizes e metas para esse tema, que culminou na elaboração e no lançamento das *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*<sup>3</sup>.

Uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*) foi proposta para ser empregada em todos os procedimentos cirúrgicos de qualquer hospital do mundo, independentemente do seu grau de complexidade, cujo objetivo é auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem, de forma sistemática, passos críticos de segurança. O uso dessa ferramenta visa melhorar a assistência cirúrgica, por meio de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países<sup>4</sup>.

Assim, o *checklist* é uma ferramenta adotada para proporcionar segurança ao paciente no pré, trans e pós-operatório, sendo o Enfermeiro o profissional mais indicado para orientar a checagem dos dados do paciente, informações clínicas e funcionamento dos equipamentos, podendo prevenir uma série de complicações durante o procedimento<sup>5</sup>.

Portanto, além de garantir uma maior segurança do paciente em relação ao seu procedimento cirúrgico, a utilização do *checklist* aumenta a eficácia das atividades realizadas pela equipe multidisciplinar. Dessa maneira, o processo de preenchimento desse instrumento no período pré-operatório se inicia na consulta de enfermagem de internação cirúrgica no ambulatório e é concluído no centro cirúrgico durante o tratamento cirúrgico<sup>6</sup>.

Nesse sentido, as discussões sobre as origens dos erros na assistência à saúde devem fazer parte das rotinas hospitalares num processo de vigilância em saúde contínua, para que suas causas possam ser identificadas, detectando assim erros potenciais, bem como direcionando esforços no intuito de incorporar, na prática clínica, as estratégias baseadas em evidências<sup>7</sup>.

De acordo com o exposto anteriormente, é possível observar a

importância de se criar uma lista de verificação das atividades a serem executadas pelo profissional que trabalha no Centro Cirúrgico, um *checklist*, para identificar, avaliar e gerenciar os riscos encontrados em pacientes no pré, trans e pós-operatório imediato. Considera-se que muitas complicações cirúrgicas podem ser

evitáveis através de medidas sistematizadas que contribuem para a realização de uma cirurgia segura. Assim, este trabalho tem por objetivo analisar a adesão ao preenchimento da lista de verificação do registro de pré, trans e pós-operatório imediato em um hospital de grande porte de Minas Gerais.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência elaborado pelos discentes do sétimo período do curso de graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *campus* Coração Eucarístico, como Trabalho Interdisciplinar desenvolvido no Bloco Cirúrgico de um hospital de grande porte de Minas Gerais.

Optou-se pelo corte no período de 26/08/14 a 03/09/14, considerando o período de estágio na Instituição. A amostra foi composta intencionalmente por 88 *checklists* disponíveis. Foram excluídos: os pacientes que receberam alta e os procedimentos externos, os pacientes que fizeram o pós-operatório na Unidade de Tratamento Intensivo, devido à impossibilidade de acesso ao

*checklist* e à dificuldade de acesso ao setor. No período da coleta, foi realizado um total de 280 cirurgias, em que 88 *checklists* participaram do levantamento, representando 31,42% dos procedimentos.

Os dados foram coletados através da conferência da lista de verificação (*checklist*) por meio de instrumento elaborado pelos alunos. Foi construída uma planilha contendo os principais itens do *checklist* utilizado pela Instituição, em que foram marcadas as falhas no preenchimento, considerando a classificação em: SIM, NÃO e NÃO SE APLICA (N/A) como opções do formulário da Instituição. O item NÃO MARCADO (N/M) foi incluído como proposta do estudo. A coleta foi realizada no turno da manhã após rastreamento das cirurgias realizadas no dia anterior e na unidade de internação do paciente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período da pesquisa, foi possível constatar uma grande quantidade e variedade de cirurgias. O maior número de cirurgias se concentrou na especialidade de Ortopedia e Traumatologia, uma área muito importante e que pode ter uma grande repercussão na vida dos pacientes. O uso inadequado do *checklist* pode dificultar o trabalho multiprofissional e até mesmo contribuir para o aparecimento de eventos adversos e de complicações relacionadas ao ato cirúrgico. Para que as cirurgias, em geral, tenham um melhor desfecho, devemos atuar para diminuir os erros evitáveis.

É necessário ressaltar que este hospital de grande porte é um dos poucos no estado de Minas Gerais a implantar o *checklist* proposto pela Organização Mundial da Saúde. Desse modo, nota-se a implicação do mesmo e de seus profissionais em proporcionar segurança e qualidade na assistência ao paciente.

O que se constata, a partir da análise do correto preenchimento do *checklist*, é que grande parte dos profissionais se mostra comprometida.

No instrumento utilizado pelo hospital, é solicitada a anotação de 44 itens que podem se subdividir. Em números absolutos, nos 88 *checklists* analisados, há um total de 3.872 itens que deveriam ser preenchidos, demonstrando assim que a maioria das verificações foi feita. Elas representam 89,85%, ou seja, quase 90% dos itens são devidamente preenchidos, reforçando a adesão dos profissionais no preenchimento do instrumento e a compreensão da importância do mesmo.

Quando se verificam as falhas no preenchimento, observa-se que o número é baixo, se comparado ao total de itens a ser preenchido, pois representa 393 no total, ou seja, 10,15% dos itens. Em relação a estas, o período pré-operatório foi o que mais apresentou falhas (217), seguido pelo transoperatório (93) e pelo pós-operatório imediato (83). Um dado a ser observado é que todos os *checklists* apresentaram pelo menos um item sem o devido preenchimento dos dados.

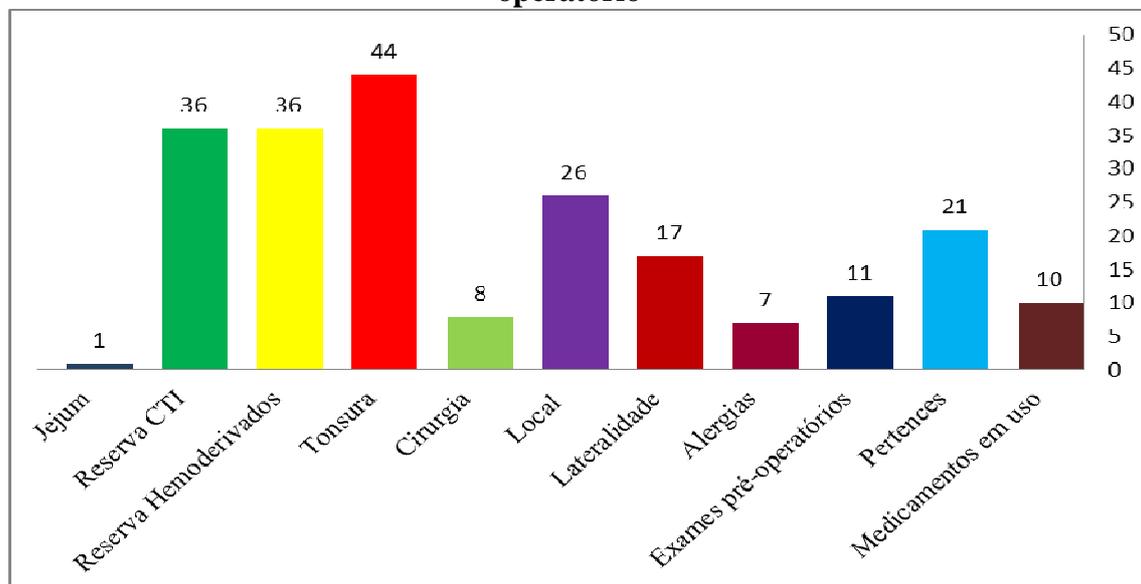
O item tonsura, no pré-operatório, foi o que mais apresentou falha no preenchimento (44), o que representa 11% do total. Já no período transoperatório, as intercorrências foram as que mais apresentaram falha (55), sendo 14% do total. E no período pós-

operatório imediato, o não preenchimento do horário de alta da sala de recuperação pós-anestésica foi o que mais apresentou falha (34), representando 8,6% do total.

O gráfico abaixo (Gráfico 1) apresenta a ocorrência de falhas no preenchimento do *checklist* no período pré-operatório. Observa-se que, do total

de falhas (393), esse período acumulou 217 falhas, o que representa 55%, ou seja, mais da metade do total pesquisado. Considerando todo o período perioperatório, foi percebido um grande número de falhas no preenchimento do *checklist* neste período, sendo o item tonsura o que mais deixou de ser preenchido.

**Gráfico 1 - Distribuição dos dados não preenchidos no *checklist* no pré-operatório**



Fonte: Dados do estudo (2014).

O período pré-operatório se inicia no momento em que se decide que a cirurgia será realizada até o momento em que o paciente é encaminhado ao bloco cirúrgico<sup>8</sup>. A implementação do *checklist* não gera um custo muito alto para a Instituição, considerando sua reprodução e distribuição. O que se identifica é a

dificuldade da equipe cirúrgica na aplicação do instrumento<sup>5</sup>.

Os itens que fazem parte do *checklist* e devem ser preenchidos corretamente no período pré-operatório são: jejum, reserva de CTI, reserva de hemoderivados, tonsura, nome da cirurgia, local e lateralidade, alergias,

exames pré-operatórios, pertences e medicamentos em uso.

O preenchimento correto de todos esses itens configura-se de extrema importância, pois cuidados simples, como a conferência dos dados do paciente, o procedimento a ser realizado, informações clínicas da pessoa e do local a ser operado, podem contribuir para que uma série de complicações sejam evitadas<sup>9</sup>.

A tonsura não é realizada em todas as cirurgias, deve-se levar em consideração a quantidade de pelos do paciente, o local da incisão, o procedimento cirúrgico e a preferência do cirurgião. Ela deve ser feita imediatamente antes da cirurgia utilizando tricotomizadores elétricos<sup>10</sup>.

Dos 88 *checklists* consultados, 44 não tiveram o item tonsura preenchido corretamente, ou seja, 50%. No momento do preenchimento, esse tópico é avaliado pelo profissional que realiza a admissão de acordo com o procedimento cirúrgico ao qual o paciente será submetido. Como exposto acima, em muitos deles a tonsura não é necessária, porém isso não justifica o não preenchimento no *checklist*, uma vez que ele tem as opções sim, não ou não se aplica para serem marcadas.

A reserva de CTI e hemoderivados também é feita de

acordo com a cirurgia a ser realizada. Sabe-se que a anestesia e alguns procedimentos cirúrgicos de grande porte podem levar a alterações fisiológicas que necessitam de um monitoramento mais intensivo. Após uma cirurgia cardíaca, por exemplo, os pacientes estão mais vulneráveis a desenvolverem complicações respiratórias relacionadas com a mecânica respiratória, os volumes pulmonares e as trocas gasosas, bem como com a perda de sangue<sup>11</sup>.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde recomenda que um membro da equipe deva confirmar a disponibilidade de hemoderivados, quando necessário, para a cirurgia<sup>3</sup>. O que reforça a importância do preenchimento desse item no *checklist*.

Nesse sentido, dependendo da cirurgia, esses dois itens são considerados marcadores para o início do procedimento. É possível observar, no Gráfico 1, que 36 *checklists*, ou seja, 41% dos 88 pesquisados, não tiveram discriminado se o paciente precisava ou não de reserva de CTI e de hemoderivados. Isso configura falha no preenchimento do *checklist* e pode interferir em algum momento do período perioperatório.

A confirmação do nome do paciente, do local e da lateralidade da

cirurgia e o procedimento a ser realizado, quando corretamente identificados, são itens passíveis de intervenção e garantem maior segurança ao paciente<sup>3</sup>.

No presente estudo, observa-se que, dos 88 *checklists* pesquisados, 26 (29,5%) não apresentavam o local da cirurgia, 17 (19,3%) não mostravam a lateralidade e em 8 deles (9%) faltava o nome da cirurgia. Essas falhas são consideradas graves, pois mesmo que os erros relacionados ao local, à lateralidade da cirurgia e à identificação do paciente sejam raros, um único incidente pode causar diversos danos consideráveis para o mesmo.

Para evitar esse tipo de falha, o Protocolo Universal para a realização de Cirurgia Segura conta com uma etapa chamada verificação, que consiste em conferir o doente, local e procedimento correto com o envolvimento do paciente. Ela é feita através da marcação do local cirúrgico e da lateralidade com um marcador de tinta permanente, antes de o paciente deixar a área pré-operatória; e o procedimento é confirmado também através da análise dos seus registros<sup>3</sup>.

As falhas encontradas no preenchimento do local, da lateralidade e do nome da cirurgia, juntas, somaram 51, ou seja, 58% do total pesquisado. É

importante ressaltar esse dado porque é mais provável uma cirurgia acontecer no local errado quando o procedimento está associado à bilateralidade, ou seja, são itens que precisam de muita atenção por parte de toda a equipe cirúrgica.

Os pertences do paciente estão entre os itens presentes no *checklist* e registram se os objetos do paciente foram entregues ao acompanhante. No gráfico, observa-se que 21 (24%) do total pesquisado estavam sem marcação. É um tópico que não justifica estar em branco, pois possui as opções sim ou não para serem marcadas.

O preenchimento desse item, além de ser útil para o cumprimento do protocolo, é uma forma de resguardar a equipe cirúrgica do pré-operatório quanto ao desaparecimento de algum pertence do paciente. Uma vez marcado que sim, a responsabilidade pelos pertences é do acompanhante. Caso esteja preenchido que não, a Instituição se responsabiliza. Se nenhuma das duas opções estiver assinalada, a responsabilidade sobre qualquer esclarecimento ficará a cargo do profissional da sala de admissão do pré-operatório.

Outro item que apresentou falha no preenchimento do *checklist* foi referente aos exames pré-operatórios. A avaliação desses exames é fundamental

para otimizar a condição clínica do paciente e reduzir a morbidade e mortalidade no transoperatório. Os exames complementares devem ser definidos a partir dos dados sugestivos na anamnese, no exame físico e de acordo com o tipo de cirurgia a ser realizado<sup>12</sup>.

Os exames pré-operatórios são necessários para que ocorra um bom desfecho no trans e pós-operatório do paciente<sup>13</sup>. Além disso, pode alertar para a necessidade de monitorizar condições clínicas específicas que possam acarretar em alterações durante o procedimento cirúrgico<sup>13</sup>.

Assim, os exames complementares proporcionam mais segurança ao paciente e contribuem para diminuir a possibilidade de riscos durante o transoperatório. Durante o *checklist*, o item de exames complementares deve ser preenchido, a fim de que a equipe cirúrgica analise os dados antes de começar o procedimento.

No Gráfico 1, é possível observar que, dos 88 *checklists* analisados, 11 (12,5%) apresentaram falhas de preenchimento no item exames pré-operatórios. O fato de ter sido apenas 12,5% do total não deixa de ser considerado como um item importante a ser preenchido, visto que

uma falha pode acarretar complicações no trans e pós-operatório imediato.

Os medicamentos utilizados pelos pacientes devem ser considerados mediante ao procedimento cirúrgico, pois a maioria deles é para o controle de doenças crônicas e alguns precisam ser mantidos ou interrompidos no período pré, trans e pós-operatório imediato<sup>14</sup>. Dessa forma, deve-se sempre avaliar o risco do uso do fármaco e os possíveis malefícios de sua retirada na evolução da doença de base<sup>15</sup>.

No período pré-operatório, é importante coletar, de forma minuciosa, a história farmacológica do paciente, abordando todos os comprimidos utilizados e, além disso, atentar para os medicamentos usados indiscriminadamente. É também fundamental conhecer todos os fármacos usados pelo paciente para evitar que ocorram complicações anestésico-cirúrgicas graves relacionadas ao manejo inadequado<sup>15</sup>.

Foi observado que 10 *checklists* apresentaram falhas no preenchimento desse item, representando 11,4% do total pesquisado. A descompensação da doença de base e reações adversas devido à ausência da informação no *checklist* são intercorrências que podem

aparecer durante o período perioperatório.

Dessa forma, o preenchimento correto do *checklist* relacionado aos medicamentos utilizados pode evitar graves complicações, além de proporcionar ao paciente mais segurança durante o procedimento cirúrgico.

Outro item avaliado refere-se às alergias, no qual 8% dos 88 *checklists* não foram preenchidos de forma correta. A identificação da presença de alergia é importante para evitar manifestações clínicas e comprometimento durante o procedimento cirúrgico. Sendo assim, é necessário registrar no *checklist* qualquer sensibilidade a medicamentos e as reações alérgicas prévias<sup>16</sup>.

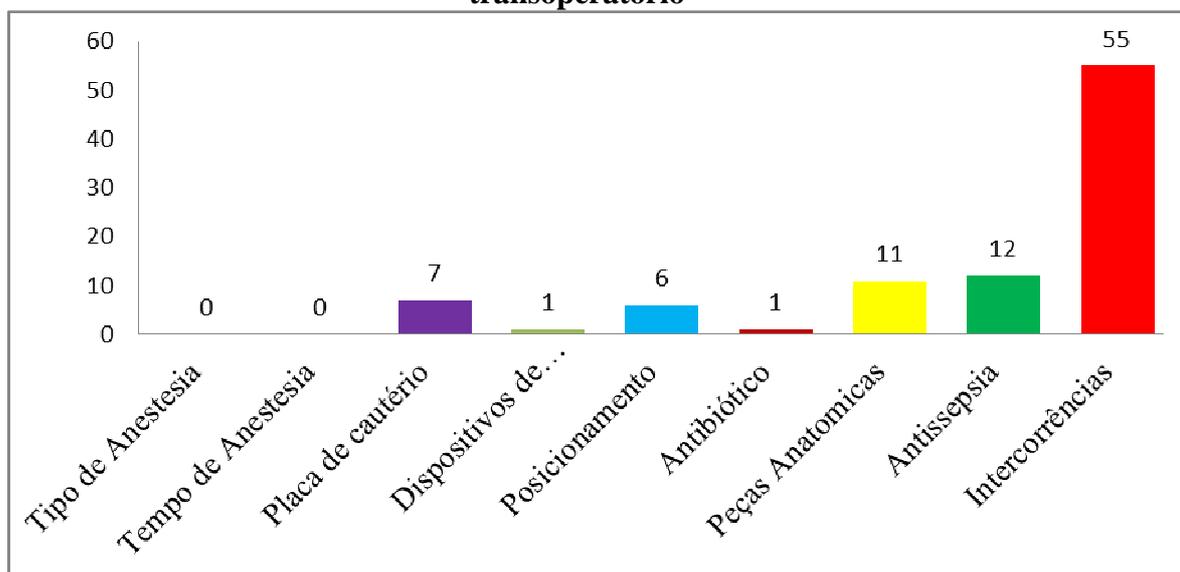
Dos *checklists* analisados, o item jejum obteve a taxa de preenchimento mais baixa, sendo que, dos 88 *checklists*, apenas 1 não foi preenchido pelo profissional. Verificar se o paciente encontra-se em jejum diminui o risco de complicações no trans e pós-operatório, e o preenchimento de todos os *checklists* é importante para contribuir com um procedimento cirúrgico seguro.

É necessário que haja formas de conscientizar e orientar a equipe cirúrgica quanto à importância do preenchimento do *checklist*, pois apresentam em estudo que muitos profissionais afirmam ser importante seguir esse protocolo, mas desconhecem a sua existência e o significado de sua utilização<sup>17</sup>.

Configura-se como de grande importância que o profissional presente na sala de admissão pré-anestésica preencha corretamente o *checklist*, uma vez que é preciso que a ferramenta não seja apenas imposta pela Instituição, mas que toda a equipe cirúrgica possa fazer o seu uso correto.

A seguir, apresentamos o gráfico contendo as informações referentes ao período transoperatório (Gráfico 2). Nele contém, em números absolutos, a quantidade de itens que não foram devidamente preenchidos no *checklist*.

**Gráfico 2 - Distribuição dos dados não preenchidos no *checklist* no período transoperatório**



Fonte: Dados do estudo (2014).

A adoção do *checklist* significa uma mudança na cultura de segurança nos centros cirúrgicos, o que representa uma necessidade mundial devido ao impacto direto que traz à saúde dos pacientes<sup>5</sup>. Tal segurança, como reforça a OMS, cabe principalmente aos profissionais. O trabalho em equipe, realizado de forma eficaz e que coloca o bem-estar do paciente como foco do seu fazer, pode prevenir uma série de complicações para o paciente<sup>3</sup>.

As complicações durante o ato cirúrgico representam uma grande proporção dos eventos adversos evitáveis, causando mundialmente um elevado número de lesões e mortes<sup>3</sup>; e, mesmo com o aumento do conhecimento acerca da segurança no

procedimento cirúrgico, quase a metade dos eventos adversos ocorre neste período<sup>3</sup>.

No que se refere aos dados levantados, pôde-se observar que, durante o preenchimento do *checklist* do estudo, foi no momento do transoperatório que houve uma menor quantidade de itens não preenchidos, demonstrando assim um maior comprometimento desta parte da equipe.

Observando os itens tipo de anestesia e tempo de anestesia, no gráfico do estudo, percebe-se que ambos foram preenchidos em todos os *checklists* analisados, demonstrando assim uma preocupação com este item devido à sua importância. Graças à

relevância do procedimento anestésico, as taxas estimadas de mortalidade evitável associada à anestesia variam em cerca de 1/10.000<sup>3</sup>.

A mortalidade associada à anestesia está principalmente relacionada com duas causas: problemas das vias aéreas e anestesia na presença de hipovolemia. Alguns estudos indicam ainda que haja outras causas que contribuem para o aumento da mortalidade: a má técnica e a falta de treino, supervisão e monitorização<sup>3</sup>.

Fica claro que a segurança na realização da indução anestésica e da sua manutenção se torna um dos itens de segurança de grande importância a ser devidamente registrado a fim de minimizar os riscos. A alta taxa de preenchimento demonstra uma adesão efetiva do profissional e valorização dessa etapa do ato cirúrgico-anestésico.

Outros itens que tiveram uma alta adesão no preenchimento foram dispositivos de assistência e antibiótico, ambos com apenas 1, ou seja, apenas 1,14% de todos os protocolos analisados sem anotação, demonstrando também uma valorização desses tópicos.

O surgimento de infecção no sítio cirúrgico durante o pós-operatório é uma das complicações cirúrgicas mais frequentes que o paciente pode vir a sofrer, dificultando a continuidade do

tratamento. Assim, o correto preenchimento desse item pode evitar uma administração desnecessária posterior de antibiótico, diminuindo com isso o risco de desenvolvimento de multirresistência por parte do paciente<sup>18</sup>.

Já sobre o item antisepsia, verificou-se no estudo que 12 *checklists* não foram preenchidos, representando quase 14% do total. A infecção no local da cirurgia representa 15% das infecções associadas aos cuidados de saúde e 37% das infecções hospitalares em pacientes cirúrgicos<sup>3</sup>. Dessa forma, a conferência da realização da antisepsia da pele antes da incisão cirúrgica é de extrema importância, de modo a garantir que seja reduzido ao máximo o risco de o paciente desenvolver infecção. O paciente que desenvolve infecção no local da incisão tem o dobro do risco de vida em relação àquele que não desenvolveu<sup>3</sup>. Assim, ainda que seja pequena a taxa de não preenchimento desse item, é de relevância o entendimento desta não conferência, de modo a garantir em mais este momento a segurança do paciente.

Um item que foi pesquisado neste estudo e que é de grande importância durante o ato cirúrgico é o posicionamento do paciente. A posição

do paciente permite a exposição, o bom acesso ao local operatório, mantém o alinhamento corporal, minimiza a tensão ou pressão sobre os tecidos e ainda preserva as funções circulatórias e respiratórias<sup>19</sup>. Um estudo publicado por Barbosa, Oliva e Sousa Neto, em 2011, verificou que, em um hospital de São Paulo, 74% dos pacientes que entraram na pesquisa apresentaram algum tipo de lesão na pele por posicionamento após procedimento cirúrgico<sup>19</sup>.

Nesta pesquisa foram encontrados 6 protocolos que não identificavam o posicionamento do paciente, representando um dado inferior a 10% dos estudados, mas que é de grande relevância, visto que o risco de lesão de pele por posicionamento interfere diretamente na recuperação do paciente, expondo-o a riscos de infecções e prolongamento do período de internação.

Outro item analisado foi a placa de cautério, em que 11 dos *checklists* (12,5 %) não foram preenchidos corretamente. A principal complicação no uso dos eletrocautérios são as queimaduras, devido principalmente ao mau posicionamento da placa de dispersão<sup>20</sup>. O correto posicionamento da placa é de responsabilidade da equipe que trabalha

no transoperatório, de forma a garantir que o paciente não sofra nenhum tipo de lesão durante o procedimento. A conferência desse tópico é necessária, tanto para a segurança do paciente quanto da equipe que, quando não a realiza, fere os princípios bioéticos de não maleficência e o da beneficência<sup>20</sup>.

Por fim, o item intercorrências, que de forma impressionante atingiu os 62% de *checklists* sem preenchimento, ou seja, 55 dos 88 analisados não possuíam qualquer informação de intercorrências ocorridas durante o procedimento cirúrgico. O correto preenchimento informa não só a ocorrência ou não de um evento adverso durante o ato, mas qual foi e as providências que foram tomadas em resposta. Tais informações podem interferir diretamente no pós-operatório. Quando não há um repasse das informações de forma segura, a equipe que assiste o paciente no pós-operatório tem um conhecimento deficiente do processo, o que pode impactar negativamente na condição de saúde do paciente, gerando com isso um risco de maiores complicações.

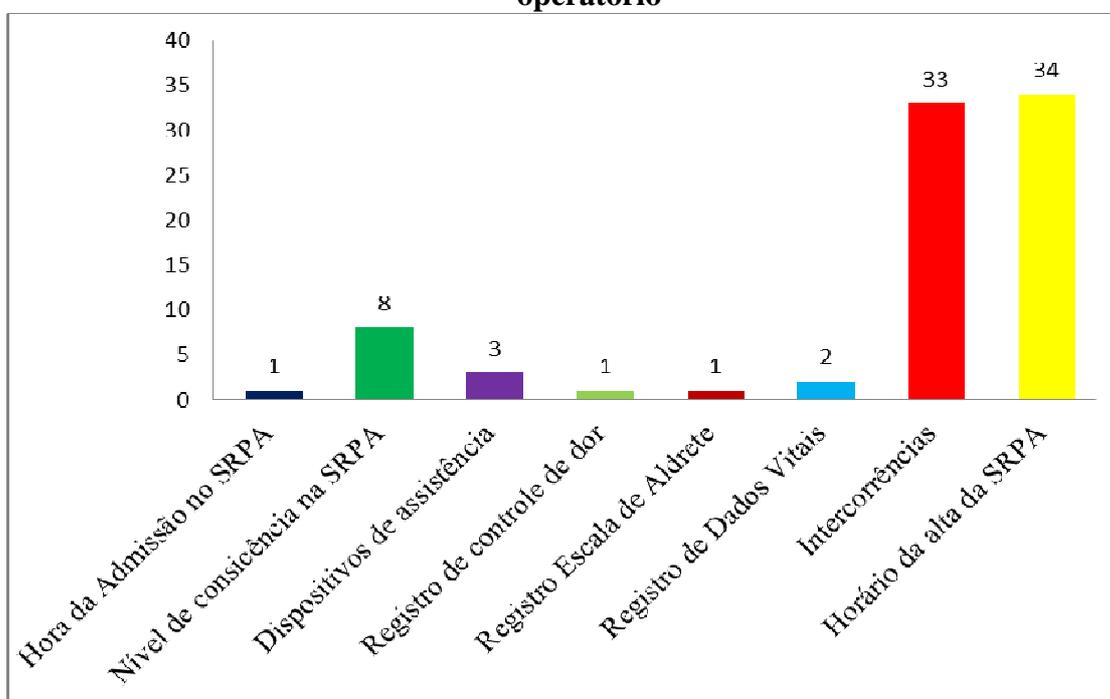
De uma forma geral, foi positiva a participação da equipe no preenchimento do *checklist*, demonstrando assim o comprometimento dela com a segurança

do paciente e com o seu próprio trabalho.

O único item que merece uma especial atenção é a notificação de intercorrências durante o ato cirúrgico. Verificou-se que, na maioria dos protocolos, elas não foram devidamente registradas, o que dificulta a

interpretação correta e assim uma intervenção adequada. Desse modo, percebe-se um comprometimento que deve ser valorizado entre os membros da equipe, não se esquecendo de levar em conta os itens que merecem atenção e mudança com o intuito de dar ao paciente a melhor assistência possível.

**Gráfico 3 - Distribuição dos dados não preenchidos no *checklist* no pós-operatório**



Fonte: Dados do estudo (2014).

A última parte do *checklist*, referente ao período pós-operatório, é preenchida na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), local para onde todos os pacientes que passaram pelo centro cirúrgico são encaminhados e necessitam de meios para a recuperação anestésica e cirúrgica<sup>21</sup>.

Observando os dados levantados, pode-se notar o não preenchimento de dados importantes do *checklist*. Percebe-se que os itens que possuem uma porcentagem mais alta são as intercorrências (40%) e o horário da alta da SRPA (41%). O não preenchimento desses itens pode ter

ocorrido devido ao grande movimento da SRPA, com a admissão de vários pacientes simultaneamente.

A documentação através do *checklist* facilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde, promove a continuidade da assistência, reflete o plano de cuidados e serve como um registro legal do cuidado fornecido<sup>22</sup>.

Assim, no pós-operatório, é importante que sejam avaliados os itens: hora da admissão no SRPA, nível de consciência na SRPA, dispositivos de assistência, registro de controle de dor, registro da escala de Aldrete, registro de dados vitais, intercorrências e horário da alta da SRPA. O registro adequado desses itens constitui uma forma eficaz de comunicação entre os funcionários da equipe de saúde e também para acompanhar a evolução desse paciente.

O Índice Aldrete e Kroulik tem como proposta a padronização da observação das condições físicas do paciente pós-anestésico, através de um método não invasivo que avalia os sistemas comprometidos pelos

medicamentos anestésicos utilizados no procedimento cirúrgico. Possui escores que variam de 0 a 10 analisando: atividade muscular, respiração, circulação e coloração cutânea que, em 1995, sofreu alterações passando a avaliar o nível de saturação de oxigênio<sup>23</sup>.

O registro de controle de dor, o registro da Escala de Aldrete e o registro de dados vitais são muito importantes, pois, através desses dados, podemos acompanhar a melhora ou piora do paciente. O preenchimento adequado torna possível a transferência eficiente, adequada e correta das informações críticas do paciente para toda a equipe.

O mesmo acontece com o registro de intercorrências, que teve um dos maiores números de não preenchimento. Tanto o registro de intercorrências quanto o horário de alta podem ser os dados menos preenchidos por serem os últimos itens do *checklist*, mas isso não justifica porque se trata de itens de grande importância.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por um sistema de saúde qualificado, em que as diversas

áreas possam corresponder à necessidade atual da população e de cada pessoa individualmente, é uma realidade cada vez mais presente. Tais exigências, como protocolos e normas,

passaram a ser itens básicos para conferir ao cliente e à própria equipe de saúde a segurança necessária.

Pode-se observar com este estudo que, mesmo com a existência do Protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde, que exige das instituições hospitalares a realização do *checklist* e que tem sido implantado por elas, cabe ainda, principalmente ao profissional de saúde, o entendimento da importância dessa ferramenta e de sua adesão a esse processo, de forma a garantir a diminuição do número de erros durante o procedimento cirúrgico. Essa realidade nos mostra uma necessidade constante, por parte das lideranças, de motivação da equipe a fim de fazer com que ela perceba a importância que cada profissional possui na segurança do paciente.

Como foi verificado, cerca de 55% das falhas estão concentradas no período pré-operatório, o que pode gerar impacto direto na qualidade da assistência, visto que itens como reserva de hemoderivados ou CTI, ou ainda a marcação correta pelo paciente do local da cirurgia, são de extrema importância para a segurança do paciente. Na fase transoperatória, com cerca de 24% dos

erros, fica evidente a valorização desde momento pelos profissionais e o entendimento sobre a importância do preenchimento do *checklist*. Por último, no período pós-operatório imediato, temos 21% dessas falhas.

Contudo esses números apresentam-se baixos, se comparados à adesão, que passa de 89% quando se leva em conta o total de itens a serem preenchidos.

Os dados apresentados são iniciais e reforçam a importância da avaliação frequente do instrumento, do preenchimento por parte da equipe e de uma sensibilização sobre sua relevância. Embora o *checklist* esteja em uso no hospital há pouco mais de um ano, considerou-se satisfatório o resultado, mas é preciso reforçar a necessidade de uma educação contínua, pois representa um importante instrumento para a segurança do paciente. A proposta deste estudo poderá contribuir para mudanças no comportamento dos profissionais envolvidos, obtendo assim uma melhoria na assistência ao paciente e na qualidade do serviço prestado pela Instituição de Saúde, de maneira que ela continue sendo uma unidade de referência.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Glossário do ministério da saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Cadernos Humaniza SUS: Volume 3: Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 3 - Who (World Health Organization). Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo desafio global para a segurança do paciente: manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil; 2009.
- 4 - Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. 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 [Periódico na Internet]. 2014 Jan [Acesso em 2014 Dez 4]; 30(1): 137-48. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000100137&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100137&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>.
- 5 - Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. *Checklist* de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev. Gaúcha Enferm. [Periódico na Internet]. 2013 Mar [Acesso em 2014 Dez 04]; 34(1): 71-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000100009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100009&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>.
- 6 - Alcantara LFFLD, Caldas MCRG, Moita MIM, Pires MJN, Amorim RMA. A utilização de um *checklist* de cirurgia segura no período pré-operatório em oncologia. INCA, Rio de Janeiro, 2010 [Acesso em 2014 Dez 04]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-21657>
- 7 - Motta Filho GR, Silva LFN, Ferracini AM, Bähr GL. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rev. bras. ortop. [Periódico na Internet]. 2013 Dez [acesso em 2014 Dez 04]; 48(6): 554-62. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt\\_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf).
- 8 - Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Rev. esc. enferm. USP [Periódico na Internet]. 2009 Mar [acesso em 2014 Dez 04]; 43(1): 14-22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>.
- 9 - Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev. Col. Bras. Cir. [Periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2014 Dez 04]; 36(4): 281-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf>.

- 10 - Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: MS; 2013.
- 11 - Arcêncio L, Souza MD, Bortolin BS, Fernandes ACM, Rodrigues AJ, Evora PRB. Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. [Periódico na Internet]. 2008 Set [acesso em 2014 Dez 05]; 23(3): 400-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76382008000300019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382008000300019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382008000300019>.
- 12 - Fernandes EO, Guerra EE, Pitrez FAB, Fernandes FM, Rosito GBA, Gonzáles HE et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. Revista da AMRIGS [Periódico na Internet]. 2010 Abr-jun [acesso em 2014 Dez 05]; 54(2): 240-58. Disponível em: [http://www.amrigs.com.br/revista/54-02/23-pratica\\_medica.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/54-02/23-pratica_medica.pdf).
- 13 - Silva HC, Gonçalves RMGM. A consulta clínica pré-operatória. Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2007; 6(2): 13-9.
- 14 - Assad A, Verçosa N. Preparo pré-operatório. In: Cavalcanti IL, Cantinho FAF, Assad A. Sociedade de anesthesiologia do estado do Rio de Janeiro: anestesia para cirurgia plástica. Rio de Janeiro: SAERJ; 2005. p.13-25.
- 15 - Garbeiro RF, Vieira LA. Fármacos no pré-operatório. Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto [Periódico na Internet]. 2007 Jul-Dez [acesso em 2014 Dez 04]; 6(2). Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=212](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=212).
- 16 - Brunner LS, Smeltzer SC, Suddarth DS, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 2011.
- 17 - Santos CM, Caregnato RCA, Moraes CS. Equipe Cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia segura. Rev. SOBECC [Periódico na Internet]. 2013 Out/Dez [acesso em 2014 Dez 04]; 18(4): 47-56. Disponível em: [http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18\\_n4\\_out\\_dezet2013-9.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18_n4_out_dezet2013-9.pdf).
- 18 - Lapena SAB, Santos LR, Espírito Santo AM, Rangel DEN. Prevenção de infecção hospitalar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. Cad. Saúde Colet. 2011; 19(1): 87-92.
- 19 - Barbosa MH, Oliva AMB, Sousa Neto AL. Ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico. Rev. Cubana Enfermer. 2011; 27(1): 31-41.
- 20 - Afonso CT, Silva AL, Fabrini DS, Afonso CT, Côrtes MGW, Sant'Anna LL. Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. ABC, arq. bras. cir. dig. [Periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2014 Set 09]; 23(3): 183-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202010000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202010000300010&script=sci_arttext)
- 21 - Rachadel ANS. Sala de Recuperação pós-anestésica: uma proposta de revisão do instrumento de registro da assistência de enfermagem [monografia]. Florianópolis: UNISUL; 2010 [acesso em 2014 Dez 04]. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/AlineNalzirada-Silveira-Rachadel.pdf>.

22 - Cunha ALSM, Penichi ACG. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. Acta Paul Enferm. [Periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2014 Dez 04]; 20(2): 151-60. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1070.pdf>.

23 - Alberti GF, Ribeiro MG, Velasque ACI, Salbego C, Dornelles CS. A prática de enfermagem em centro cirúrgico: a utilização do índice de Aldrete e Kroulik para a avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica. URI [periódico na internet]. [acesso em 2014 Dez 04]. Disponível em:

<http://201.35.68.69/urisantiago/saenfermagem/anais/2010/09%20A%20PRATICA%20DE>.

Correspondência:  
Luzimar Rangel Moreira  
[luzimarangel@bol.com.br](mailto:luzimarangel@bol.com.br)

Recebido: 11/12/2014  
Aceito: 09/03/2015