

**ARTIGO ORIGINAL****A segurança do paciente na utilização do checklist**

Patient safety in the use of the checklist

Karla Luciana Heringer Porto¹**RESUMO**

Por se tratar de um tema de relevância crescente, o artigo analisa a preocupação com a segurança do paciente no centro cirúrgico. Os dados da literatura consultada indicam que um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro ou evento que, na maioria das vezes, pode ser passível de medidas preventivas se a equipe multidisciplinar se mostrar disposta a participar de programas de treinamento para aprender como fazer um *checklist* antes, durante e depois de uma cirurgia. O objetivo deste trabalho é relatar a importância da existência de protocolos como estratégia de segurança para o paciente, a fim de evitar que eventos adversos ocorram em procedimentos cirúrgicos. A conclusão a que se chegou foi que deveria ser obrigatória, através de treinamentos e palestras sobre sua importância, a implantação de programa de segurança do paciente cirúrgico em todas as instituições de saúde, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. E que também deveria haver colaboração entre as equipes que trabalham no centro cirúrgico, o paciente e sua família, pois quando estes últimos se mostram interessados e envolvidos em sua própria segurança, são capazes de participar de estratégias de prevenção de erros e, consequentemente, potencializar sua segurança. Viu-se também que a implantação do *checklist* deve ser planejada e sistematizada com vistas a capacitar a redução da mortalidade e das complicações de procedimentos cirúrgicos, complexos ou não, nos serviços de saúde, além de proporcionar assistência de qualidade que seja livre de danos ao paciente.

Palavras-chave: Checklist. Cirurgia Segura. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Because it is a topic of increasing relevance, the article analyzes the concern for patient safety in the surgical center. Data from the literature indicate that one in six hospital patients are victims of some sort of error or event that, in most cases, can be subject to many prevention measures if the multidisciplinary team be ready to participate in training programs to learn how to make a checklist before, during and after surgery. The objective

¹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá, Belo Horizonte. Curso de Proficiência: Ações de Enfermagem na Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares: Aspectos Fundamentais, Programa de Aprimoramento Profissional do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Belo Horizonte. Curso de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cardiológica e Curso de Estados do Choque e Monitorização Hemodinâmica, Instituto de Base de Conteúdos e Tecnologias Educacionais (IBAC), Belo Horizonte. Pós-Graduada de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva Adulto, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG).

of this study is to report the importance of security protocols to the patient in order to prevent adverse events occur in surgical procedures. The conclusion reached was that should be required, through training and lectures about its importance, the implementation of the safety program of surgical patients in all health institutions, both for patients and for health professionals. And also there should be collaboration between teams working in the surgical center, the patient and family, for when the latter may be interested and involved in their own safety, are able to participate in strategies to prevent errors and consequently potentialize their safety. It was seen also that implementation of the checklist should be planned and systematized in order to enable the reduction of mortality and complication of surgical, complex procedures or not, the health services, in addition to providing quality care that is free from damage patient.

Keywords: Checklist. Safe Surgery. Patient Safety.

INTRODUÇÃO

Os cuidados assistenciais prestados de maneira insegura aos pacientes resultam em expressiva morbimortalidade evitável, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde além de, atualmente, representarem uma grande preocupação¹.

No âmbito global, a preocupação com a segurança do paciente é um tema de crescente relevância; dados da literatura indicam que um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo do erro ou evento que, na maioria das circunstâncias, é passível de medidas de prevenção².

O Ministério da Saúde brasileiro, juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) vêm trabalhando este tema que envolve ações que visam à melhoria dos serviços de saúde, pois ainda há muito que se fazer³.

Nessa perspectiva, a segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade, pois se refere ao direito das pessoas de não sofrerem riscos de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁴. A segurança do paciente é um componente-chave da qualidade dos cuidados de saúde, tanto para os pacientes e seus familiares, como para profissionais e instituições de saúde, cuja missão principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível.

Os eventos adversos que podem vir a ocorrer são as lesões ou complicações não intencionais e indesejáveis resultantes da assistência, e não da doença em si, e podem resultar em incapacidade permanente, temporária ou até mesmo morte^{2,5,6}.

A segurança dos usuários dos serviços de saúde fica exposta a riscos, erros, eventos adversos e/ou acidentes durante a atenção recebida⁵. As falhas e os erros, conseqüentemente, aumentam o risco de

incidentes que causam danos aos pacientes⁴. Entretanto, a compreensão de que os sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se propaguem, atinjam os pacientes e causem danos irreversíveis ou não, deveria fazer com a instituição de saúde reveja seus processos, analise e elabore meios para evitá-los^{7,8,9}.

É crescente a busca em muitos países europeus, Estados Unidos da América, Austrália e em todo o mundo por políticas de saúde, já que o assunto central na estratégia de várias organizações internacionais é a segurança do paciente cirúrgico².

Outro enfoque relevante refere-se à criação de protocolos nas instituições governamentais e privadas para prevenir erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico que vêm passando por processos de acreditação. As empresas acreditadoras destacam este tema como um indicador da qualidade da assistência². Por isso, empresas acreditadoras internacionais revisaram a evidência existente sobre o tema e recomendam boas práticas preventivas, dirigidas à redução tanto do risco de eventos adversos como do número de infecção do sítio cirúrgico¹⁰.

A OMS criou em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente,

cuja intenção é despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais^{3,5,7,10,11,12,13,14,15}.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica devido à importância de que um componente das equipes multidisciplinares dos centros cirúrgicos de todas as instituições de saúde deve estar apto para fazer um *checklist* das atividades que ali serão desenvolvidas, antes, durante e depois das cirurgias, quaisquer que sejam sua importância, com vistas à redução de erros e eventos adversos, já que os mesmos podem ser evitados com a implantação de medidas simples e seguras adotadas pela equipe multidisciplinar e evitar danos ao paciente.

OBJETIVO

Relatar a importância da existência de protocolos como estratégia de segurança para o paciente, a fim de evitar que eventos adversos ocorram em procedimentos cirúrgicos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão crítica de literatura, cuja fonte de pesquisa foi a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi realizada busca nos bancos de dados virtuais através das terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criadas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): *checklist*, cirurgia segura e segurança do paciente.

O critério de inclusão foi analisar os textos publicados em português e inglês no período de 2003 a 2013, por ser um período abrangente que possibilitou analisar os problemas causados pelos eventos adversos aos pacientes atendidos nessas unidades. Foram encontrados 27 artigos que foram cuidadosamente estudados e fazem parte da bibliografia deste trabalho, abordando os eventos adversos no centro cirúrgico; a questão da qualidade em instituições de saúde e os eventos adversos de um modo geral.

A seleção inicial dos artigos foi pelo título e leitura de reconhecimento do material bibliográfico que, segundo Lima e

Mioto (2007), consiste em uma leitura rápida com o objetivo de selecionar o material que pode apresentar informações referentes ao tema¹⁶.

Em seguida, foi realizada a leitura exploratória cujo objetivo é verificar se as informações selecionadas interessavam de fato para o estudo (leitura dos sumários). O próximo passo foi a leitura seletiva, momento de seleção das informações e/ou dados pertinentes e relevantes. A leitura reflexiva ou crítica com a finalidade de ordenar e sumarizar as informações ali contidas foi realizada nos textos escolhidos como definitivos, buscando responder aos objetivos da pesquisa. E, finalmente foi realizada a leitura interpretativa para relacionar as ideias expressas nas obras com o problema para o qual se buscou a resposta¹⁶.

Foram utilizados também para critério de inclusão artigos na íntegra que retratam a temática proposta e artigos publicados e indexados nos bancos de dados dos periódicos consultados contendo: fonte de publicação, nome dos autores, ano e local de publicação, objetivos do estudo, tipo de estudo e resultados dos artigos.

DISCUSSÃO

Nos hospitais e instituições de saúde onde prevalecem ações de segurança

do paciente, o erro é visto como parte de um processo ampliado que considera a equipe, a instituição, os pacientes e os familiares corresponsáveis por estruturar um novo sistema de gerenciamento de riscos¹⁷. A partir do momento em que se materializa a possibilidade dos erros ocorrerem, minimizam-se as críticas estéreis sobre a personalização individual dos eventos adversos¹⁴.

É nessa busca pela excelência no cuidado que os indicadores de desempenho destacam como medidas indiretas da qualidade, utilizadas como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que necessitam de uma avaliação mais direta¹⁸, que também refletem a qualidade do cuidado e focam em aspectos de segurança do paciente. (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010), vasculhando problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde e que são susceptíveis à prevenção através de mudanças no nível do sistema ou prestador⁴.

Portanto, a inclusão de indicadores de qualidade e segurança nos programas de monitoramento da qualidade do serviço de saúde representa uma importante estratégia

para promover a segurança do paciente¹².

É essencial relatar os principais indicadores de qualidade concernentes à enfermagem, quais sejam: administração de medicamentos, prevenção de quedas, infecção hospitalar, cuidados com flebite, controle da dor, integridade da pele, procedimentos de terapias, dimensionamento de pessoal inadequado e índice de satisfação do cliente¹⁸.

Inserida neste contexto, a qualidade em saúde é definida como o grau dos serviços prestados ao paciente que diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam os resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente¹². E, conseqüentemente, o atendimento qualificado demanda profissionais com alto nível de competência para o alcance de satisfação geral e redução de eventos adversos produzidos ou decorrentes da assistência¹⁹.

Um cuidado seguro e de qualidade inclui as intenções da equipe de saúde agregadas à comunicação efetiva, tais como, o cuidado individual com qualidade e pontualidade, a higienização das mãos e dos instrumentos de trabalho, a sensatez e a visão crítica dos profissionais e o acesso às informações¹⁷. De igual modo, esse cuidado está intimamente relacionado ao desempenho das pessoas, ao processo de trabalho, a satisfação do cliente e a cultura

organizacional, ou seja, o padrão mais elevado de desempenho¹⁸.

A segurança do paciente tem finalidade de prevenir erros e reduzir suas repercussões na vida e saúde dos pacientes, está influenciada pelo ambiente de trabalho, dimensionamento dos profissionais envolvidos, questões individuais e coletivas dos trabalhadores, aspectos institucionais, entre outros⁵.

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento em conformidade com a legislação vigente, entre outros³.

Algumas barreiras afetam o desenvolvimento da estratégia de segurança do paciente: falta de cooperativismo, limitação de recursos materiais, infraestrutura inadequada, falta de tempo disponível para trabalhar este tema, falta de credibilidade entre usuários e profissionais, falta de comunicação, grande demanda assistencial, alta carga de trabalho, rotina e descontinuidade de cuidados, carência de protocolos, falta de apoio da gerência para implementar e desenvolver intervenções seguras⁸.

Para desenvolver melhor estratégia de segurança para o paciente, são consideradas soluções inovadoras todas as ações, intervenções, procedimentos ou

programas que contribuem para reduzir e melhorar a segurança do doente e que, simultaneamente, acrescentam valor dentro de uma perspectiva clínica e socioeconômica^{9,14}. Talvez por isso, os protocolos ou *checklist* usados como ferramentas úteis, devem possuir uma boa e formal qualidade, visando garantir resultados satisfatórios e a segurança do paciente^{13,17}. Porém, a implantação dessas políticas pode enfrentar impedimentos organizacionais e culturais, especialmente por parte dos profissionais envolvidos².

Entre as várias iniciativas internacionais, o Manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e a “Lista de Verificação de Cirurgia Segura”, desenvolvidos pela OMS determinam medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, contribuindo para reduzir a ocorrência de danos ao paciente e o aumento de sua segurança^{3,9,11}.

A Lista de Verificação de Cirurgia Segura (*Checklist*) deve ser inserida para ajudar a minimizar os riscos mais comuns e evitáveis relacionados ao procedimento cirúrgico, ficando estabelecida uma sequência de ações que correspondem a um período de tempo relativo ao fluxo normal do procedimento, e está dividida em três fases: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do

paciente sair da sala de cirurgia^{20,21}:

1) – Antes da indução anestésica –
Entrada:

- a) O paciente confirmou: identidade, sítio cirúrgico, procedimento; consentimento;
- b) Sítio demarcado / não se aplica;
- c) Verificação de segurança anestésica concluída;
- d) Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento;
- e) O paciente possui: alergia conhecida (sim/não) / via aérea difícil / risco de aspiração (não / sim, e equipamento/assistência disponível);
- f) Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg em crianças) (Não / sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluídos).

2) – Antes da incisão cirúrgica – Pausa cirúrgica:

- a) Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função.
- b) Cirurgião, anestesilogista e enfermeiro confirmam verbalmente: identificação do paciente, sítio cirúrgico, procedimento.
- c) Eventos críticos previstos - revisão do cirurgião: quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista?
- d) Revisão da equipe de anestesia: há alguma preocupação específica em relação ao

paciente?

- e) Revisão da equipe de enfermagem: materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização, incluindo resultados do indicador?
- f) Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações?
- g) A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? (sim/não se aplica).
- h) As imagens essenciais estão disponíveis? (sim/não se aplica)

3) – Antes de o paciente sair da sala de operações – Saída:

O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe: o nome do procedimento registrado; se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas (ou não se aplicam); como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente); se há algum problema com equipamento para ser resolvido; o cirurgião, o anestesilogista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente.

Dependendo da necessidade, cada instituição deverá adequar a Lista à sua realidade, respeitando os princípios de

cirurgia segura contidos neste protocolo.

Como toda a protocolização, a efetividade dessa intervenção de melhora da qualidade assistencial depende da qualidade do próprio protocolo e de sua correta implementação¹³, com vistas a ser capaz de colaborar para que etapas importantes de preparo pré-operatório sejam realizadas, e também ser capaz de fornecer subsídios que promovam a informação do paciente e sua família sobre a importância do processo de cuidado, bem como permitir que a equipe avalie a execução das atividades¹⁷. Reforçando a ideia da participação do paciente e de seus familiares no processo do cuidado, e a intenção de promover uma relação aberta e honesta entre profissionais e pacientes para criar um espaço de diálogo e mecanismo eficazes para a segurança de todos²⁰.

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de um procedimento. Essa simples conferência pode impedir uma série de complicações para o paciente. E seu uso pode diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, além do que a apresentação dos membros da equipe antes do procedimento, também melhora a segurança do paciente²².

Estima-se que é necessário um total de tempo de três minutos para aplicar essas três fases do processo de verificação e uma única pessoa pode ser responsável por essa aplicação²².

De uma forma geral, a sua implementação é de baixo custo, pois se resume na reprodução e distribuição do instrumento, já a dificuldade na aplicação está localizada na equipe²², sendo uma excelente alternativa para a avaliação das competências de segurança do paciente¹⁵. Visto que para que sua aplicabilidade flua de maneira adequada é necessário que o processo de verificação seja interdisciplinar, conte com a participação de todos os membros da equipe, é exigida a comunicação ativa entre todos².

Além disso, existem vários aspectos positivos nessa ferramenta, incluindo o desenvolvimento profissional em um ambiente de baixo risco e a incorporação de habilidades e atitudes para lidar com o reconhecimento de erro e de divulgação, o cuidado centrado no paciente, comunicação e habilidades interpessoais e questões de humanismo que favorece o sucesso da assistência prestada. Portanto, é extremamente eficaz para avaliar o desempenho dos profissionais de saúde¹⁵.

O *checklist* para Cirurgia Segura deve ser aplicado por qualquer profissional de saúde e conduzido de modo seguro para evitar falhas²; todos os estabelecimentos

de saúde que realizam procedimentos (terapêuticos ou diagnósticos que impliquem incisão no corpo humano ou introdução de equipamentos endoscópicos dentro ou fora de centro cirúrgico) devem providenciar o *checklist* a ser feito por qualquer profissional de saúde ³. É necessária, apenas, uma pessoa responsável para conduzir a checagem dos itens e se por acaso, algum item checado não estiver em conformidade com o estipulado, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução ³.

O membro ideal na equipe para aplicar este processo é o enfermeiro, pois ele é o organizador do serviço de saúde, juntamente com os demais profissionais e, portanto, deve estar adequadamente preparado para exercer o papel administrativo, de planejamento e de gerenciamento da equipe devido ao seu envolvimento com toda dinâmica do serviço ^{18,21,22,23}, com vistas a beneficiar os profissionais e pacientes que utilizam o centro cirúrgico, além de encorajar a participação de todos nessa nova iniciativa. Porém, percebe-se a existência de dificuldades na implantação desta ferramenta de segurança pela equipe cirúrgica ²².

Assim sendo, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina que é dever do enfermeiro “Assegurar à

pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imperícia” ²⁴.

Um estudo realizado em oito hospitais-piloto demonstrou melhorias significativas após a implantação do *checklist* com redução das taxas de mortes e de complicações para mais de um terço, havendo a taxa de complicações hospitalares caído de 11% para 7%, e a de mortalidade no pós-operatório de cirurgias de grande porte, de 1,5% para 0,8% ²¹.

A segurança do paciente é, portanto, a peça chave para a incorporação de uma cultura de segurança dentro das organizações ²⁵ que impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de segurança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explica os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos ²⁰.

Em busca do processo de melhoria, a cultura da organização positiva caracteriza-se pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança na efetividade de medidas preventivas ¹², tornando inegável o conjunto de benefícios alcançados ^{5,9}.

Entretanto, um profissional sobrecarregado, com baixos salários, condições inadequadas de trabalho e

ausência de protocolos de segurança, é cenário comum na maioria dos hospitais públicos brasileiros, o que certamente aumenta a probabilidade de erros, particularmente nos locais onde essa cultura não é incrementada²⁶.

Além disso, os obstáculos encontrados referem-se à falta de treinamento da equipe, a não adesão dos profissionais ao protocolo e ao não comprometimento da instituição. Assim sendo, a educação continuada de todos os profissionais é fundamental, bem como a adoção do protocolo como uma política institucional^{2,5,8,11}.

A mudança de comportamento para racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas, expressa uma condição indispensável e procedente, para motivar os profissionais, promover debates, treinamentos, divulgação de informações, pois visam também à proteção e segurança do cliente e dos próprios profissionais envolvidos no cuidado²³. Contudo, a educação é essencial para a promoção da segurança nos cuidados de saúde, já que usa os erros como oportunidade de aprendizagem e reforça o trabalho em equipe¹⁵.

As melhorias na segurança e qualidade nos cuidados de saúde exigem as seguintes alterações: cuidado centrado no paciente, comunicação eficaz com pacientes e seus familiares, demonstração de consciência de

ocorrência do erro, prevenção, gestão, divulgação da segurança durante o trabalho com equipes interdisciplinares e uso de práticas baseadas em evidências. As estratégias educacionais devem incluir palestras formais e discussões abertas, reforçadas por abordagens multifacetadas de treinamento¹⁵.

No que se refere ao trabalho interdisciplinar da equipe do centro cirúrgico, considera-se de suma importância que a excelência no atendimento e segurança no atendimento e do paciente seja alcançada^{2,22}. Assim sendo, as instituições de saúde podem adotar diretrizes capazes de promover um trabalho interdisciplinar e de colaboração, para buscar a segurança do paciente e a melhora na qualidade de saúde, favorecer o desenvolvimento de uma cultura de segurança relacionada ao processo do cuidado¹⁷.

Prabhakar *et al.* (2012) enfatizam a importância da liderança institucional em treinamentos para alcançar a implementação bem sucedida do programa, mostrando que para cada trimestre do programa de treinamento, foi alcançada uma redução de 0,5 mortes por 1.000 procedimentos cirúrgicos²⁷.

Não basta apenas que as instituições imponham os protocolos ou *checklist*, é preciso que os profissionais façam uso dessa ferramenta, e que as equipes

compreendam sua importância e necessidade, aceitando o processo e incorporando o novo à prática diária²².

Trabalhar em ambiente seguro faz com

CONCLUSÃO

A otimização de um programa de segurança do paciente cirúrgico deve ser implementada por todas as instituições de saúde através de treinamentos e palestras sobre sua importância, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Quanto mais seguro for um procedimento cirúrgico, melhor será a qualidade da assistência prestada, a segurança e recuperação do paciente e a segurança da própria equipe multidisciplinar, ainda que muitos membros de equipes que laboram em hospitais públicos e privados ainda resistem à implantação do *checklist*, confiando em sua memória, sem levar em conta o cansaço decorrente de muitas horas de serviço.

A segurança do paciente no centro cirúrgico é responsabilidade dos seus profissionais, fato considerado importante para se criar um sistema de regulação capaz e eficiente, pois para garantir uma assistência de qualidade, o profissional da área da saúde deve ter visão holística do cuidado e a segurança do paciente como

que os profissionais se sintam bem, e trabalhar em segurança, por um longo prazo, diminui as cargas de trabalho e reduz os custos⁸.

foco principal, contemplando aspectos referentes não apenas ao cuidar, mas também ao educar e pesquisar.

Esta tendência de fazer *checklist* em cada centro cirúrgico não é nova, mas no Brasil ainda existe muita resistência por parte dos profissionais; o *Checklist* e o desafio de fazer cirurgias seguras para salvar vidas estão emergindo gradualmente e, caso sejam sedimentados por conhecimentos científicos sólidos, em breve será parte da rotina da enfermagem cirúrgica de instituições públicas e privadas.

Entretanto, ainda existe muita falta de treinamento oferecido pelas instituições de saúde ao seu pessoal, mostrando falta de interesse de seus gestores pela segurança do paciente no centro cirúrgico e pela qualidade do atendimento oferecido pela instituição.

O trabalho colaborativo entre a equipe, o paciente e sua família promove o cuidado mais seguro, pois esses últimos quando envolvidos com sua própria segurança, são capazes de participar de estratégias de prevenção de erros e, conseqüentemente, potencializar sua segurança. Resta, então, fortalecer a equipe para desenvolver esse

processo e levar em consideração aspectos como o aprimoramento da comunicação.

A implantação do *checklist* deve ser planejada e sistematizada com vistas a ser capaz de reduzir significativamente a

mortalidade e as complicações dos procedimentos cirúrgicos em qualquer nível de complexidade nos serviços de saúde, além de proporcionar assistência de qualidade e livre de danos ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Bohomol E, Ramos LH. Erros de medicação: a importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enfermagem*. 2007;60(1):32-6.
2. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. *Rev Esc de Enferm USP*. 2010;44(3):827-32.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Organização Mundial de Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: OPAS, 2009.
4. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(6):1061-1078.
5. Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(3):410-6.
6. Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para o uso em hospitais brasileiros. *Rev Bras Epidemiologia*. 2008; 11(1):55-66.
7. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: Instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enfermagem da UERJ*. 2011; 19(2):204-11.
8. Ques AAM, Montoro CH, González MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3):42-9.
9. Sousa P, Sousa A, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; 10 (temático):89-95.
10. Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. *Rev Eletr Enfermagem*. 2010; 12(3):422.
11. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Rev Min Enfermagem*. 2013; 17(1):216-20.
12. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):2029-36.
13. Peñalver-Mompeán MD, Hernández-Saturno PJ, Fonseca-Miranda Y, Gama ZAS. Avaliação da normatização da preparação pré-cirúrgica em uma rede regional de hospitais. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(2):316-24.
14. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil.

- Rev Latino-Am Enfermagem. 2012; 20(3):427-34.
15. Daud-Gallotti R, Morinaga CV, Arlindo-Rodrigues M, Velasco IT, Martins MA, Tiberio IC. A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. *Clinics*. 2011; 66(7):1209-15.
 16. Lima TCS, & Miotto RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katál*. 2007; 10, 37-47.
 17. Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenção pré-operatórias. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(5):1-8.
 18. Cintra EA, Pinto AC, Sousa EO, Rosa EV, Lima IA, Rodrigues SO. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermeiros: opinião de enfermeiros. *Nursing*. 2010; 28(1):29-34.
 19. Balela ASC, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Erros de medicação em pediatria. *Rev Bras Enfermagem*. 2011; 64(3):563-9.
 20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013.
 21. Grigoleto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. *Rev Eletr Enf*. 2011; 13(2):347-54.
 22. 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 Enfermagem*. 2013; 34(1):71-8.
 23. Ortiz AVD, Campos O. Importância do preparo da pele no centro cirúrgico em um hospital no município de Curitiba. *Boletim de enfermagem*. 2009; 1(3):15-32.
 24. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 311/2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007.
 25. Cassiani HBA. Segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enfermagem*. 2005; 58(1):95-9.
 26. Ferraz EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. *Rev Col Bras Cir*. 2009; 36(4):291-2.
 27. Prabhakar H, Cooper JB, Sabel A, Weckbach S, Mehler PS, Stahel PF. Introducing standardized "readbacks" to improve patient safety in surgery: a prospective survey in 92 providers at a public safety-net hospital. *BMC Surg*. 2012; 12:8.

Correspondência:

Karla Luciana Heringer Porto

Email: karlinhaheringer@yahoo.com.br

Tel: (031 31) 3473-1008

Recebido em: 19/02/2014

Aceito em: 15/04/2014