

Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009

Cirurgia Segura Salva Vidas



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009

Safe surgery saves lives.

1.Surgical procedures, Operative - standards. 2.Surgical wound infection - prevention and control. 3.Patient care - standards. 4.Safety management. 5.Medical errors - prevention and control. 6.Cross infection – prevention and control.7.Quality assurance, Health care - standards. 8.Surgery department, Hospital - organization and administration. 9.Guidelines. I.WHO Patient Safety. II.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 159859 0 (NLM classification: WO 178)

© **World Health Organization 2009**

Todos os direitos estão reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas junto à WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir publicações da OMS – para venda ou distribuição não comercial – deverão ser dirigidos à WHO Press, no endereço acima mencionado (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As designações usadas e a apresentação do material da presente publicação não implicam a expressão de opinião de qualquer natureza por parte da Organização Mundial da Saúde a respeito da situação legal de qualquer país, território, cidade ou área, suas autoridades, ou relativas à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam as linhas fronteiriças aproximadas sobre as quais não há ainda acordo pleno.

A menção a empresas específicas ou a produtos de determinados fabricantes não significa que eles são respaldados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que foram, ou não, aqui mencionados. Exceto por erro ou omissão, os nomes dos produtos com direitos exclusivos são distinguidos pela letra inicial maiúscula.

Todas as precauções possíveis foram tomadas pela Organização Mundial da Saúde para comprovar as informações contidas nesta publicação. Contudo, o material está sendo distribuído sem garantia de qualquer tipo, explícita ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material é do leitor. Em nenhuma circunstância a Organização Mundial da Saúde se responsabilizará pelos danos decorrentes de seu uso.

Impresso na França

Manual de Implementação

Lista de Verificação de Segurança

Cirúrgica da OMS 2009

Cirurgia Segura Salva Vidas



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério da
Saúde



Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2014
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – OMS
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
Cep: 70800-400, Brasília/DF – Brasil
www.opas.org.br

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
SIA Trecho 5, Área Especial 57
CEP: 71205-050, Brasília/DF – Brasil
<http://www.anvisa.gov.br/>

Produção Editorial: Organização Mundial da Saúde - OMS
Capa e Projeto Gráfico: Organização Mundial da Saúde – OMS
Editoração Eletrônica: All Type Assessoria Editorial Ltda

A edição extraordinária deste documento da OMS foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Organização Pan-Americana da Saúde
Cooperação técnica: Termo de Cooperação nº 64
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Representação Brasil
Joaquin Molina – Representante
Enrique Vazquez – Coordenador da Unidade Técnica de Doenças Transmissíveis e Não –Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde
Christophe Rerat – Coordenador da Unidade Técnica de Medicamentos, Tecnologia e Pesquisa.
Rogério da Silva Lima – Consultor Nacional da Unidade Técnica de Doenças Transmissíveis e Não –Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde
Danila Augusta Accioly Varella Barca – Consultora Nacional da Unidade Técnica de Medicamentos, Tecnologia e Pesquisa.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Diretoria
Dirceu Brás Aparecido Barbano - Diretor-Presidente
Ivo Bucaresky
Jaime Cesar de Moura Oliveira
Renato Alencar Porto

Superintendência de Serviço de Saúde e Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS
Doriane Patricia Ferraz de Souza

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS
Magda Machado de Miranda Costa

Coordenação Técnica
Heiko Thereza Santana

Revisão Técnica - Anvisa
Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos
André Anderson Carvalho
Fabiana Cristina de Sousa
Heiko Thereza Santana
Helen Norat Siqueira
Magda Machado de Miranda Costa
Suzie Marie Gomes

Revisão técnica externa
Edmundo Machado Ferraz – Universidade Federal de Pernambuco - PE
Rogério da Silva Lima – Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS – DF

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Organização Mundial da Saúde
Manual de Implementação
Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009/ Organização Mundial da Saúde
Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 – Cirurgia Segura Salva Vidas;
tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 20 p.
ISBN

1. Procedimentos cirúrgicos, Operatórios - padrões. 2. Infecção do sítio cirúrgico - prevenção e controle. 3. Cuidado ao paciente - padrões. 4. Gestão da segurança. 5. Erros médicos - prevenção e controle. 6. Infecção Cruzada - prevenção e controle. 7. Garantia da Qualidade, cuidados de saúde - normas. 8. Departamento de cirurgia, Hospital - organização e administração. 9. Manuais. I. Segurança do Paciente - OMS. II. Organização Mundial da Saúde.

Sumário

Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009

Introdução	4
Como utilizar esse manual	6
Como executar a Lista de Verificação (resumida)	6
Como executar a Lista de Verificação (detalhada)	7
Antes da indução anestésica	7
Antes da incisão cirúrgica	9
Antes da saída do paciente da sala cirúrgica	11
Observações adicionais — promovendo uma cultura de segurança	13
Modificação da Lista de Verificação	13
Introdução da Lista de Verificação na sala cirúrgica	15
Avaliação do atendimento cirúrgico	16

Introdução

O programa *Cirurgia Segura Salva Vidas* foi estabelecido pelo Departamento de Segurança do Paciente da OMS, como parte dos esforços da Organização Mundial da Saúde para reduzir o número de óbitos cirúrgicos em todo o mundo. O objetivo do programa é aproveitar o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, incluindo as práticas de segurança anestésicas inadequadas, infecções de sítio cirúrgico preveníveis e a má comunicação entre membros da equipe. Estes têm sido, comprovadamente, os problemas comuns, mortais e evitáveis em todos os países e contextos.

No intuito de auxiliar as equipes cirúrgicas na redução do número desses eventos, o Departamento de Segurança do Paciente da OMS – em consulta com cirurgiões, anestesiológicos, equipes de enfermagem, especialistas na área de segurança do paciente e pacientes em todo o mundo – identificou dez objetivos essenciais para a cirurgia segura. Estes foram compilados na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. O objetivo dessa Lista de Verificação (disponível em www.who.int/safesurgery) é fortalecer as práticas de segurança aceitas e promover a melhor comunicação e o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar. A Lista de Verificação consiste em uma ferramenta para ser usada pelos médicos interessados em melhorar a segurança de suas cirurgias e reduzir óbitos e complicações cirúrgicas desnecessários. Seu uso tem sido comprovadamente associado a reduções significativas nas taxas de complicações e mortalidade em diversos hospitais e contextos, e com melhorias em conformidade com as normas básicas da atenção¹.

Lista de Verificação de Seg

Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e anestesiológico)

O paciente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e seu consentimento?

Sim

O sítio está demarcado?

Sim

Não se aplica

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

Sim

O oxímetro de pulso está aplicado no paciente e funcionando corretamente?

Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

Não

Sim

Complicações nas vias aéreas ou risco de aspiração?

Não

Sim, e equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500 mL (7 mL/kg em crianças)?

Não

Sim, e 2 acessos IV periféricos ou 1 cateter venoso central e fluidos previstos

Esta lista de verificação não pretende ser abrangente.

¹ Haynes AB, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 2009; 360:491-9.

Segurança Cirúrgica

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença de membro da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)

- Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função.**
- Confirmar o nome do paciente, o procedimento cirúrgico e onde será realizada a incisão.**

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Prevenção de Eventos Críticos

Para o Cirurgião:

- Quais são as etapas críticas ou inesperadas?
- Qual a duração da operação?
- Qual a quantidade de perda sanguínea prevista?

Para o Anestesiológico:

- Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a Equipe de Enfermagem:

- Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)?
- Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

As imagens essenciais estão visíveis?

- Sim
- Não se aplica

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença do membro da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)

A equipe de enfermagem confirma verbalmente:

- O nome do procedimento
- A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
- A identificação das amostras (ler os rótulos das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
- Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:

- Quais são as principais preocupações para a recuperação e o manejo do paciente?

Acréscimos e modificações para adaptação à prática local são recomendados.

Revisado 1 / 2009 – © OMS, 2009

Como utilizar esse manual

Nesse manual, entende-se que a “equipe cirúrgica” inclui cirurgiões, anesthesiologistas, equipe de enfermagem, técnicos e outros membros da sala operatória envolvidos no procedimento cirúrgico. Assim, como um piloto de avião deve contar com a equipe de terra, funcionários de voo e controladores de tráfego aéreo para um voo seguro e bem sucedido, um cirurgião é um membro essencial, porém não solitário em uma equipe responsável pelo atendimento ao paciente. Todos os membros da equipe cirúrgica desempenham um papel para garantir a segurança e o êxito de uma cirurgia.

Esse manual fornece orientações sobre o uso da Lista de Verificação, sugestões para implementação e recomendações para mensurar serviços e resultados cirúrgicos. Os diferentes cenários práticos devem adaptá-lo às suas próprias circunstâncias. Cada verificação de segurança foi incluída com base na evidência clínica ou opinião de especialistas de que a sua inclusão irá reduzir a probabilidade de danos cirúrgicos graves e evitáveis e que

é improvável que a adesão à prática acarrete agravos ou custos incontroláveis. A Lista de Verificação foi concebida para ser simples e breve. Muitos dos passos individuais já são aplicados como prática de rotina em estabelecimentos de saúde ao redor do mundo, embora sejam raramente seguidos na íntegra. Cada departamento cirúrgico deve praticar com a Lista de Verificação e examinar a forma de integrar sensatamente esses passos de segurança fundamentais em seu fluxo normal de trabalho operatório.

O objetivo final da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS – e do presente manual – é assegurar que as equipes sigam consistentemente alguns passos críticos de segurança e, assim, minimizar falhas comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar de pacientes cirúrgicos. A Lista de Verificação orienta uma interação verbal baseada em equipe como meio de confirmar que os padrões apropriados de assistência estão sendo assegurados para cada paciente.

Como executar a Lista de Verificação (resumida)

Apenas uma pessoa coordenará a implementação da Lista de Verificação durante o procedimento cirúrgico; esta será responsável pela realização de verificações de segurança da lista. Esse coordenador nomeado será muitas vezes um membro da equipe de enfermagem da sala cirúrgica, mas poderá também ser qualquer médico participante do procedimento cirúrgico.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases, cada uma referente a um momento específico no fluxo normal de um procedimento – o período antes da indução anestésica, o período após a indução e antes da incisão cirúrgica, e o período durante ou imediatamente após a sutura, mas antes da remoção do paciente da sala de cirurgia. Em cada fase, deve-se permitir ao coordenador da Lista de Verificação confirmar que a equipe concluiu suas tarefas antes de prosseguir. Quando as equipes cirúrgicas se familiarizarem com os passos da Lista de Verificação, elas poderão integrar as verificações em seus padrões familiares de trabalho e verbalizar sua finalização a cada passo, sem a intervenção explícita do coordenador da Lista de Verificação. Cada equipe deve procurar incorporar o uso da Lista de Verificação em seu trabalho com a máxima eficiência e com interrupções mínimas, visando desempenhar com eficácia cada passo.

Todos os passos devem ser verificados verbalmente com o membro da equipe adequado para garantir a execução das principais ações. Assim, antes da indução anestésica, o coordenador da Lista de Verificação

analisará verbalmente com o anesthesiologista e o paciente (quando possível) que a identidade do paciente foi confirmada, que o procedimento e o local estão corretos e que o consentimento para a cirurgia foi dado. O coordenador visualizará e confirmará verbalmente que o sítio cirúrgico foi demarcado (se for o caso) e analisará com o anesthesiologista o risco de perda sanguínea, a dificuldade respiratória e as reações alérgicas do paciente, assim como se foi concluída a verificação de segurança de equipamentos de anesthesiologia e medicamentos. Idealmente, o cirurgião estará presente durante essa fase, uma vez que ele poderá ter uma ideia mais clara da perda sanguínea prevista, alergias ou outros fatores complicadores para o paciente. No entanto, a presença do cirurgião não é essencial para completar essa parte da Lista de Verificação.

Antes da incisão cirúrgica, cada membro da equipe deverá se apresentar, especificando o seu nome e a sua função. Em caso de estar reunida em boa parte do dia operatório, a equipe poderá simplesmente confirmar que todos na sala se conhecem. A equipe confirmará em voz alta que cada membro está executando a cirurgia correta no local e no paciente correto e revisará depois verbalmente um com o outro, por sua vez, os elementos críticos de seus planos para o procedimento cirúrgico, seguindo as orientações da Lista de Verificação. Cada membro confirmará que os antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos e que exames de imagens essenciais estão disponíveis, conforme apropriado.

Antes de sair da sala cirúrgica, a equipe confirmará a cirurgia realizada, a conclusão da contagem de compressas, instrumentos e a identificação de quaisquer amostras cirúrgicas coletadas. Revisará também qualquer mau funcionamento de equipamentos ou questões que precisam ser abordadas. Finalmente, a equipe discutirá os planos e as preocupações em relação à manipulação e recuperação pós-operatória, antes de remover o paciente da sala cirúrgica.

Ter uma única pessoa para conduzir o processo da Lista de Verificação é essencial para o seu sucesso. No cenário complexo de uma sala cirúrgica, alguns passos podem ser negligenciados durante os preparativos acelerados do pré, peri ou pós-operatórios. Designar uma única pessoa para confirmar a conclusão de cada etapa da Lista de Verificação pode assegurar que as medidas de segurança não sejam omitidas, na pressa de prosseguir para a

próxima fase do procedimento cirúrgico. O coordenador da Lista de Verificação deverá provavelmente orientar a equipe através desse processo da Lista de Verificação até que os membros da equipe se familiarizem com os seus passos.

Uma possível desvantagem de ter uma única pessoa a conduzir a Lista de Verificação é o estabelecimento de uma relação antagônica com outros membros da equipe cirúrgica. O coordenador da Lista de Verificação pode e deve impedir que a equipe avance para a próxima fase da cirurgia até que cada passo seja abordado satisfatoriamente, mas, ao fazê-lo, pode insatisfazer ou irritar outros membros da equipe. Portanto, os hospitais devem criteriosamente considerar qual membro da equipe é o mais adequado para esse papel. Como mencionado, para muitas instituições, essa pessoa será um membro de enfermagem de sala cirúrgica, porém qualquer médico poderá coordenar o processo da Lista de Verificação.

Como executar a Lista de Verificação (detalhada)

Antes da indução anestésica

Essas verificações de segurança devem ser concluídas antes da indução anestésica, para confirmar a segurança da continuação. É necessária a presença mínima do anestesiológico e da equipe de enfermagem. O coordenador da Lista de Verificação pode completar essa

seção de uma só vez ou sequencialmente, de acordo com o fluxo de preparação para a anestesiologia. Os detalhes relativos a cada uma das etapas de segurança são os seguintes:

O paciente confirmou a sua identidade, o sítio cirúrgico, o procedimento e o consentimento?

O coordenador da Lista de Verificação confirma verbalmente a identidade do paciente, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e o consentimento do paciente para a cirurgia. Embora possa parecer repetitivo, esse passo é essencial para garantir que a equipe não opere o paciente errado, no local errado ou realize o procedimento errado. Quando a confirmação

por parte do paciente é impossível, tal como no caso de crianças ou pacientes incapazes, um acompanhante ou membro da família pode assumir esta função. Se o acompanhante ou membro da família não estiver disponível ou se esse passo for ignorado, como em caso de emergência, a equipe deve entender por que e todos devem estar de acordo antes de prosseguir.

O sítio está demarcado?

O coordenador da Lista de Verificação deve confirmar que o cirurgião realizando o procedimento demarcou o local da cirurgia (geralmente com um marcador permanente) em casos que envolvam a lateralidade (uma distinção para a esquerda ou direita) ou múltiplas estruturas ou níveis (por exemplo, dedo da mão, dedo do pé, lesão cutânea e

vértebra específica). A demarcação do local para estruturas da linha média (por exemplo, tireoide) ou estruturas individuais (por exemplo, baço) deve seguir a prática local. No entanto, a demarcação consistente do local em todos os casos pode fornecer uma verificação de apoio, confirmando o sítio e o procedimento corretos.

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

O coordenador da Lista de Verificação completa este próximo passo, solicitando ao anestesiológista que verifique a conclusão da verificação de segurança da anestesiologia, entendida como uma inspeção formal do equipamento anestésico, do circuito respiratório, dos medicamentos e o risco anestésico do paciente antes de cada caso. Uma mnemônica útil é que, além de confirmar que o paciente

está apto para a cirurgia, a equipe de anestesiologia deve concluir os cinco procedimentos básicos – verificação do equipamento das vias aéreas, do sistema respiratório (incluindo oxigênio e agentes inalatórios), da sucção, dos medicamentos, dispositivos e medicação, e equipamentos e assistência de emergência para confirmar a disponibilidade e funcionamento destes.

O oxímetro de pulso está aplicado no paciente e funcionando corretamente?

O coordenador da Lista de Verificação confirma que o oxímetro de pulso foi colocado no paciente e está funcionando corretamente antes da indução anestésica. O ideal é que a leitura do oxímetro de pulso esteja visível para a equipe cirúrgica. Um sistema sonoro deve ser usado para alertar a equipe sobre o pulso do paciente e a saturação do oxigênio. A oximetria de pulso tem sido altamente recomendada pela OMS como um componente necessário de cuidados anestésicos seguros. Se não houver nenhum

oxímetro de pulso em funcionamento, o cirurgião e o anestesiológista devem avaliar a condição do paciente e considerar o adiamento da cirurgia até que sejam tomadas medidas adequadas para garantir um procedimento cirúrgico seguro. Em caso de urgência para salvar a vida ou membros, esse requisito pode ser dispensado, porém, em tais circunstâncias, a equipe deve estar de acordo sobre a necessidade de prosseguir com a operação.

O paciente possui alergia conhecida?

O coordenador da Lista de Verificação deve dirigir esta e as próximas duas perguntas ao anestesiológista. Primeiro, o coordenador deve perguntar se o paciente tem alergia

conhecida e, se assim for, o que é. Se o coordenador souber de uma alergia que o anestesiológista desconhecer, esta informação deve ser comunicada.

O paciente possui via aérea difícil ou risco de aspiração?

O coordenador da Lista de Verificação deve confirmar verbalmente que a equipe de anestesiologia avaliou objetivamente se o paciente apresenta via aérea difícil. Há inúmeras maneiras de classificar as vias aéreas (tal como a escala Mallampati, a distância tireomentoniana ou a escala Bellhouse-Doré). Uma avaliação objetiva da via aérea utilizando um método válido é mais importante que a escolha do método em si. Óbito devido à perda das vias aéreas durante a anestesiologia ainda é um desastre mundialmente comum, mas é evitável com o planejamento adequado. Se a avaliação da via aérea indica um alto risco de via aérea difícil (por exemplo, um score de Mallampati de 3 ou 4), a equipe de anestesiologia deve se preparar para enfrentar essa dificuldade de vias aéreas. Isso incluirá, no mínimo, adaptar a abordagem à anestesiologia (por exemplo, utilizando uma anestesia regional, se possível) e ter um equipamento de emergência acessível. Um residente capacitado – um

segundo anestesiológista, o cirurgião ou membro da equipe de enfermagem – deve estar fisicamente presente para ajudar na indução anestésica.

O risco de aspiração deve ser igualmente avaliado como parte da análise das vias aéreas. Se o paciente apresentar refluxo ativo sintomático ou estiver com o estômago cheio, o anestesiológista deve se preparar para a possibilidade de aspiração. O risco pode ser reduzido através da modificação do plano de anestesia, por exemplo, utilizando técnicas de indução rápida e contando com a ajuda de um residente para fornecer uma pressão cricoide durante a indução. No caso de paciente reconhecido como portador de via aérea difícil ou estar em risco de aspiração, a indução anestésica deve começar apenas quando o anestesiológista confirmar a disponibilidade de equipamento e a assistência adequada na sala cirúrgica.

O paciente possui risco de perda sanguínea > 500 mL (7 mL/kg para crianças)?

Nesta etapa de segurança, o coordenador da Lista de Verificação pergunta à equipe de anestesiologia se o paciente corre o risco de perder mais de meio litro de sangue durante a cirurgia, no intuito de assegurar o reconhecimento e a preparação para este evento crítico. O grande volume de perda sanguínea está entre os riscos mais comuns e importantes para pacientes cirúrgicos, com aumento do risco de choque hipovolêmico quando a perda sanguínea exceder 500 mL (7 mL/kg em crianças). A preparação e a reanimação adequadas podem atenuar consideravelmente as consequências.

Os cirurgiões poderão não comunicar de forma consistente o risco de perda sanguínea para as equipes de anestesiologia e de enfermagem. Portanto, se o anestesiológico não conhecer o risco de perda sanguínea

importante para o caso, deve discuti-lo com o cirurgião antes do início da cirurgia. Se houver um risco significativo de perda sanguínea superior a 500 mL, é altamente recomendável que, pelo menos, 2 cateteres periféricos (vasos de maior calibre) ou 1 cateter venoso central sejam inseridos antes da incisão cirúrgica. Além disso, a equipe deve confirmar a disponibilidade de fluidos ou sangue para a ressuscitação. (Note que a perda sanguínea esperada será revisada novamente pelo cirurgião antes da incisão cirúrgica. Isto fornecerá uma segunda verificação de segurança para o anestesiológico e para a equipe de enfermagem).

Neste ponto, esta fase está concluída e a equipe pode prosseguir com a indução anestésica.

Antes da incisão cirúrgica

Antes de fazer a primeira incisão cirúrgica, a equipe deve fazer uma pausa momentânea para confirmar a realização

de várias verificações de segurança essenciais. Essas verificações incluem todos os membros da equipe.

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

Os membros da equipe cirúrgica podem mudar com frequência. A gestão eficaz de situações de alto risco exige que todos os membros da equipe conheçam um ao outro e suas funções e capacidades. Uma simples apresentação pode conseguir isso. O coordenador deve solicitar que cada pessoa na sala se apresente,

indicando seu nome e sua função. Equipes que já estão familiarizadas umas com as outras podem confirmar que todos se apresentaram, porém, novos membros ou novas equipes que entraram na sala cirúrgica desde a última operação devem se apresentar, inclusive estudantes ou outros funcionários.

Confirmar o nome do paciente, o procedimento cirúrgico e onde será realizada a incisão

A pessoa que coordena a Lista de Verificação ou outro membro da equipe pedirá a todos na sala de operação para parar e verbalmente confirmar o nome do paciente, a cirurgia a ser realizada, o local da cirurgia e, se for o caso, o posicionamento do paciente, a fim de evitar a operação no paciente errado ou no local errado. Por exemplo, o membro da equipe de enfermagem da sala cirúrgica pode anunciar:

“antes de realizar a incisão cirúrgica”, e em seguida, continuar: “Todos concordam que este é o paciente X, passando por uma correção de hérnia inguinal direita?” O anestesiológico, cirurgião e o membro da equipe de enfermagem devem explicitamente e individualmente confirmar o questionamento. Se o paciente não estiver sedado, será útil também receber a sua confirmação.

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

A despeito das fortes evidências e grande consenso de que a profilaxia antibiótica contra infecções é muito eficaz se os níveis sorológicos e/ou nos tecidos de antibióticos são alcançados, as equipes cirúrgicas são incoerentes na administração dos antibióticos dentro de uma hora antes da incisão. Para reduzir o risco de infecção do sítio cirúrgico, o coordenador perguntará em voz alta se os antibióticos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos. O membro da equipe responsável pela administração de antibióticos – geralmente o anestesiolegista – deve fornecer a confirmação verbal. Se

os antibióticos profiláticos não foram administrados, estes devem ser administrados neste momento, antes da incisão cirúrgica. Se os antibióticos profiláticos foram administrados mais de 60 minutos antes, a equipe deve considerar a administração da dose, novamente, ao paciente. Se os antibióticos profiláticos não forem considerados adequados (por exemplo, casos sem incisão cirúrgica, casos contaminados em que os antibióticos são administrados para tratamento), o ponto de marcação (*boxe*) “não se aplica” pode ser marcado assim que a equipe confirmar verbalmente este item.

Prevenção de Eventos Críticos

A comunicação eficaz da equipe é um componente crítico da cirurgia segura, do trabalho em equipe eficiente e da prevenção de graves complicações. Para garantir a comunicação de problemas críticos do paciente, o coordenador da Lista de Verificação conduz uma discussão rápida entre o cirurgião, a equipe de anestesiologia e a equipe de enfermagem sobre os eventos críticos e os planos cirúrgicos. Isso pode ser realizado simplesmente ao fazer a pergunta específica em voz alta a cada membro

da equipe. A ordem da discussão não importa, mas cada profissional deverá fornecer informações e comunicar as preocupações. Durante os procedimentos de rotina ou aqueles com que toda a equipe está familiarizada, o cirurgião pode simplesmente dizer: “Este é um caso de rotina de duração X” e depois perguntar ao anestesiolegista e à equipe de enfermagem se têm quaisquer preocupações especiais.

Para o Cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas? Qual a duração da cirurgia? Qual a quantidade de perda de sangue prevista?

A discussão dos “passos críticos ou não rotineiros” destina-se, no mínimo, para informar a todos os membros da equipe sobre quaisquer medidas que colocam o paciente em risco de perda sanguínea rápida, lesões ou outra

morbidade grave. Esta é também uma oportunidade para rever os passos que podem exigir equipamentos especiais, implantes ou preparações.

Para o Anestesiolegista: Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Em pacientes com risco de perda sanguínea grave, instabilidade hemodinâmica ou outra grande morbidade grave decorrente do procedimento, um membro da equipe de anestesiologia deve rever em voz alta os planos e as preocupações específicas para a ressuscitação – em particular, a intenção de utilizar fluidos e quaisquer características complicadoras do paciente ou

comorbidades (tais como doença cardíaca ou pulmonar, arritmias, distúrbios sanguíneos, etc.) Entende-se que muitas operações não implicam riscos ou preocupações particularmente críticas que devam ser compartilhadas com a equipe. Em tais casos, o anestesiolegista pode simplesmente dizer: “Eu não tenho nenhuma preocupação especial em relação a este caso.”

Para a Equipe de Enfermagem: Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)? Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

O enfermeiro ou circulante que define o equipamento para o procedimento cirúrgico deve confirmar verbalmente que a esterilização foi realizada e que o indicador do processo de esterilização comprovou a esterilização bem sucedida. Qualquer discrepância entre o resultado esperado e o resultado real do indicador do processo de esterilização deve ser comunicada a todos os membros da equipe e abordada antes da incisão. Esta é também uma oportunidade para discutir quaisquer problemas com

os equipamentos e outros preparativos para a cirurgia ou quaisquer preocupações de segurança manifestadas pela equipe de enfermagem da sala cirúrgica, particularmente, as não abordadas pelo cirurgião e pela equipe de anestesiologia. No entanto, em caso de não haver preocupações específicas, o enfermeiro ou circulante pode simplesmente afirmar: "A esterilização foi verificada. Não tenho preocupações especiais".

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Os exames de imagens são fundamentais para garantir o adequado planejamento na realização de muitas cirurgias, inclusive procedimentos ortopédicos, espinhais, torácicos e muitas ressecções tumorais. Antes da incisão cirúrgica, o coordenador deve perguntar ao cirurgião se os exames de imagens são necessários para o caso. Se assim for, o coordenador deverá verbalmente confirmar que os exames

de imagens essenciais se encontram na sala e bem visíveis para uso durante a cirurgia. Se os exames de imagens forem necessários, mas não estiverem disponíveis, estes devem ser obtidos. O cirurgião decidirá se prosseguir sem os exames de imagens, se estes forem necessários, porém não disponíveis. Neste ponto, esta fase está concluída e a equipe pode prosseguir com o procedimento cirúrgico.

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

Essas verificações de segurança devem ser concluídas antes de remover o paciente da sala cirúrgica. O objetivo é facilitar a comunicação de informações importantes para as equipes de assistência responsáveis pelo paciente após a cirurgia. As verificações podem ser iniciadas pelo

membro da equipe de enfermagem, pelo cirurgião ou pelo anestesilogista e devem ser realizadas antes da saída do cirurgião da sala cirúrgica. Por exemplo, isso pode coincidir com a fase de sutura.

O membro da equipe de enfermagem confirma verbalmente: O nome do procedimento

Uma vez que o procedimento pode ter sido alterado ou ampliado durante o curso de uma operação, o coordenador da Lista de Verificação deve confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi efetuado. Isso

pode ser feito como pergunta, "Qual foi o procedimento realizado?"; ou, ainda, como confirmação, "Realizamos o procedimento X, correto?"

A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

Instrumentos, compressas e agulhas retidos nos pacientes são erros incomuns, porém persistentes e potencialmente danosos. O enfermeiro ou circulante deve confirmar verbalmente a integralidade da contagem final de compressas e agulhas. Nos casos de cavidade aberta, a contagem dos instrumentos deve ser também confirmada.

Se a contagem não for devidamente verificada, a equipe deve ser alertada para que medidas adequadas possam ser tomadas (como, por exemplo, examinar campos, lixeira e ferida cirúrgica ou, se necessário, obter as imagens radiográficas).

A identificação das amostras (ler os rótulos das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

A identificação incorreta de amostras patológicas é potencialmente desastrosa para um paciente e foi comprovadamente uma fonte frequente de erro laboratorial. O membro da equipe de enfermagem deve confirmar a

rotulagem correta de quaisquer amostras patológicas obtidas durante o procedimento, lendo em voz alta o nome do paciente, a descrição da amostra e as marcas de orientação.

Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Problemas com equipamentos são universais em salas cirúrgicas. Identificar com precisão as fontes de fracasso e instrumentos ou equipamentos que não funcionaram corretamente é importante para prevenir que os

dispositivos sejam transportados de volta para a sala antes da resolução do problema. O coordenador deve garantir que os problemas com equipamentos que surgem durante um caso sejam identificados pela equipe.

O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem revisam as principais preocupações para a recuperação e manejo do paciente

O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem devem revisar o plano de recuperação e de manejo pós-operatório, focando em particular nas questões intra-operatórias ou anestésicas que possam afetar o paciente. São especialmente pertinentes os eventos que apresentam risco específico para o paciente durante a recuperação e que podem não ser evidentes a todos os envolvidos. O

objetivo desta etapa é a comunicação eficiente e adequada de informações críticas para toda equipe.

Com esta etapa final, a Lista de Verificação da OMS é concluída. Se desejado, a Lista de Verificação pode ser anexada ao prontuário do paciente ou retida para análise de controle de qualidade.

Observações adicionais

Promovendo uma cultura de segurança

Modificação da Lista de Verificação

A Lista de Verificação deve ser modificada para levar em conta as diferenças entre as instituições de saúde com relação aos seus processos, à cultura das equipes cirúrgicas e ao grau de familiarização que cada membro da equipe tem um com o outro. No entanto, a remoção de itens de verificação de segurança pelo motivo de não poderem ser realizados no ambiente ou em circunstâncias atuais é fortemente desencorajada. As medidas de segurança devem inspirar a mudança eficaz que levará a equipe cirúrgica a cumprir todo e qualquer elemento da Lista de Verificação.

A modificação da Lista de Verificação deve ser efetuada com um olhar crítico. Cirurgiões, anesthesiologistas e equipes de enfermagem devem ser engajados no processo de modificação, e a resultante Lista de Verificação, testada em situações de simulação e reais, a fim de garantir a sua funcionalidade. Além disso, muitos dos princípios utilizados no desenvolvimento da Lista de Verificação também podem ser aplicados para a sua modificação.

Focada A Lista de Verificação deve se esforçar para ser concisa, abordando as questões mais críticas e não devidamente verificadas por outros mecanismos de segurança. O número ideal de itens em cada seção da Lista Verificação é de cinco a nove.

Breve A Lista de Verificação não deve durar mais de um minuto para cada etapa a ser concluída. Embora possa ser tentador criar uma Lista de Verificação mais abrangente, a necessidade de incorporar a Lista de Verificação no fluxo de atendimento deve ser equilibrada e evitar esse impulso.

Executável Cada item da Lista de Verificação deve estar relacionado a uma ação específica e inequívoca. Itens sem uma ação diretamente associada resultarão em confusão entre os membros da equipe sobre o que eles devem fazer.

Verbal

A função da Lista de Verificação é promover e orientar uma interação verbal entre os membros da equipe. Aplicar a Lista de Verificação em equipe é fundamental para o sucesso desta – seria provavelmente muito menos eficaz se fosse usada apenas como um instrumento escrito.

Colaborativa

Qualquer esforço para modificar a Lista de Verificação deve ocorrer em colaboração com representantes de grupos envolvidos em seu uso. Buscar ativamente contribuições de equipes de enfermagem, anesthesiologistas, cirurgiões e outros é importante, não só para realizar as modificações adequadas, mas também para criar o sentimento de “propriedade” que é central para a adoção e a mudança contínua da prática.

Testada

Antes de sua distribuição, a Lista de Verificação modificada deve ser testada em um ambiente limitado. A retroalimentação em tempo real dos médicos é essencial para o desenvolvimento bem sucedido da Lista de Verificação e sua integração nos processos de atendimento. Testes realizados através de uma “simulação” simples, a exemplo de revisão da Lista de Verificação entre membros da equipe sentados em torno de uma mesa, são importantes. Sugerimos também o uso da Lista de Verificação por um único dia pela equipe cirúrgica e o retorno dos dados. Modifiquem a Lista de Verificação ou a maneira como está incorporada no atendimento e, em seguida, experimentem a Lista de Verificação, novamente, na sala cirúrgica. Continuem esse processo até terem a confiança de que a Lista de Verificação criada funciona em seu ambiente. A seguir, considerem um programa de implementação mais amplo.

Integrada

Muitas instituições já dispõem de estratégias para assegurar o desempenho confiável de muitos processos que fazem parte da Lista de Verificação da OMS. Integrar novas verificações de segurança nos processos é desafiador, mas possível em quase todos os contextos. As adições importantes para as rotinas existentes envolvem a integração da comunicação de equipe e de retorno de dados. Esses itens são de suma importância e não devem ser retirados da Lista de Verificação.

No intuito de garantir a celeridade, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS não pretende ser exaustiva. As equipes podem considerar a adição de outras verificações de segurança para procedimentos específicos, especialmente se eles são parte de um processo de rotina estabelecido na instituição. Cada fase deve ser usada como uma oportunidade para verificar se as medidas críticas de segurança foram consistentemente concluídas.

Etapas adicionais podem incluir a confirmação de profilaxia de tromboembolismo venoso por meios mecânicos (tais como botas e meias de compressão) e/ou meios de tratamento medicamentoso (tais como heparina ou warfarina), quando indicados, a disponibilidade de implantes essenciais (por exemplo, implante ou prótese), outras necessidades de equipamentos ou resultados críticos de biópsia pré-operatória, resultados laboratoriais ou tipo sanguíneo. Encoraja-se cada instituição a reformatar, reordenar ou revisar a Lista de Verificação para adequá-la à prática local, garantindo a conclusão das etapas críticas de segurança de uma forma eficiente. Como observado anteriormente, desaconselha-se às instituições e aos indivíduos acima mencionados a elaboração de Lista de Verificação complexa, impossível de ser conduzida na prática.

Introdução da Lista de Verificação na sala cirúrgica

Será necessário praticar para que as equipes aprendam a utilizar a Lista de Verificação de forma eficaz. Algumas pessoas poderão considerá-la como uma imposição ou até mesmo uma perda de tempo. O objetivo não é a recitação mecânica ou a quebra do fluxo de trabalho. A Lista de Verificação destina-se a disponibilizar às equipes um conjunto simples e eficiente de verificações prioritárias para a melhoria do trabalho em equipe e comunicação efetiva, além de incentivar a segurança dos pacientes em cada cirurgia realizada. Muitos dos passos da Lista de Verificação já são adotados mundialmente nas salas cirúrgicas; poucos, no entanto, os seguem integralmente de forma confiável. A Lista de Verificação tem dois objetivos: garantir a coerência na segurança do paciente e introduzir (ou manter) uma cultura de segurança que valorize a sua realização.

A implementação bem sucedida requer a adaptação da Lista de Verificação às rotinas e expectativas locais. Isso não será possível sem o empenho sincero dos dirigentes do hospital. A Lista de Verificação será exitosa somente se os chefes de cirurgia, anestesiologia e as gerências de enfermagem adotarem publicamente a crença de que a segurança é uma prioridade e que o uso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS pode torná-la uma realidade. Para isso, devem utilizar a Lista de Verificação em suas próprias instituições e regularmente perguntar à equipe como está procedendo a implementação desta. Na ausência de uma comprovada liderança, instituir uma Lista de Verificação desse tipo pode produzir descontentamento e antagonismo.

O trabalho prévio de melhoria da qualidade ofereceu uma série de modelos de como implementar a Lista de Verificação na sala cirúrgica. A experiência com o estudo-piloto confirmou a utilidade de muitas dessas estratégias. Uma série de passos sugeridos é descrita a seguir, para consideração enquanto as instituições iniciam a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

Construam uma equipe

O compromisso de todos os membros da equipe médica envolvidos em procedimentos cirúrgicos é essencial. Iniciem a construção de apoio, envolvendo médicos que são susceptíveis às mudanças e mais solidários. Incluam colegas de diversas áreas (cirurgia, anestesiologia, enfermagem) quantas possíveis. Identifiquem um grupo principal de pessoas entusiasmadas com a Lista de Verificação, envolvendo pelo menos um membro da equipe multidisciplinar. Nessa fase inicial, trabalhem com aqueles que estão interessados em vez de tentar

convencer as pessoas mais resistentes. Envolvam também os dirigentes e os administradores hospitalares, se possível. Ressaltem os benefícios de menores taxas de complicação e do potencial de economia de custos.

Comecem em pequena escala, e depois ampliem

Comecem pouco a pouco, testando a Lista de Verificação na sala de operação com apenas uma equipe cirúrgica e continuem após a resolução de problemas e assim que detectar o crescimento do entusiasmo. Durante a avaliação inicial pela OMS, os locais que tentaram implementar a Lista de Verificação simultaneamente em várias salas cirúrgicas ou em todo hospital enfrentaram maior resistência e tiveram maior dificuldade de convencer os funcionários a utilizarem a Lista de Verificação de forma eficaz. Uma vez que uma equipe cirúrgica estiver confortável com o uso da Lista de Verificação, procedam à disseminação desta para outra sala de operação. Discutam esses esforços com diferentes departamentos cirúrgicos e cirurgiões. Verifiquem se os membros da equipe que foram inicialmente envolvidos no processo estão utilizando a Lista de Verificação em suas próprias salas cirúrgicas. Personalizem a Lista de Verificação para cada contexto, conforme a necessidade, mas não retirem itens de verificação de segurança apenas porque não podem ser realizados. Lidem com a resistência assim que esta surgir. Os médicos que utilizaram a Lista de Verificação e obtiveram com o uso desta boas experiências tendem a se tornar grandes modelos para a promoção, defesa do seu uso e divulgação da Lista no hospital.

Monitorem as mudanças e as melhorias

As Diretrizes da OMS sobre Cirurgia Segura incentivam o monitoramento de resultados e complicações cirúrgicas. Idealmente, as instituições de saúde devem acompanhar os resultados do processo e das medidas, por exemplo, o percentual de procedimentos cirúrgicos nos quais foram administrados antibióticos na hora certa e a taxa de infecções do sítio cirúrgico.

Avaliação do atendimento cirúrgico

O monitoramento e a avaliação de resultados é um componente essencial do atendimento cirúrgico. Muitos serviços e departamentos já estão engajados nesse processo; a coleta de dados adicionais não é recomendada nem incentivada se tal sistema já está em vigor e se mostrou útil aos médicos e às equipes como meio de melhorar a qualidade do atendimento. No entanto, nos hospitais onde os resultados de atendimentos cirúrgicos não são rotineiramente monitorados e as complicações pós-operatórias não são registradas, ou onde os mecanismos de vigilância não têm sido suficientes para identificar práticas precárias, a OMS recomenda altamente a implantação de um sistema de monitoramento.

Em particular, como meio de vigilância cirúrgica em níveis hospitalares e médicos, dados sobre os óbitos no dia da cirurgia e óbitos hospitalares pós-operatórios devem ser coletados sistematicamente pelos serviços e pelos médicos. Em combinação com o volume cirúrgico, essas informações fornecem aos departamentos de cirurgia taxas de mortalidade no dia de cirurgia e taxa de mortalidade pós-operatória na instituição. As taxas de mortalidade podem ajudar os cirurgiões a identificarem as falhas na segurança e fornecem orientações aos médicos para a melhoria do atendimento. Além disso, para os estabelecimentos com capacidade e habilidade para esta vigilância, as taxas de infecções do sítio cirúrgico e o Índice de Apgar Cirúrgico também são medidas importantes de resultados².

Além de óbitos e complicações, as medidas de processo podem também ser incorporadas no sistema de avaliação, auxiliando na identificação das falhas de segurança e áreas para a melhoria. A melhoria da adesão tem sido associada com melhores resultados e pode identificar deficiências no sistema de prestação de cuidados. Algumas sugestões para a mensuração, mesmo de forma intermitente, são os percentuais de adesão:

- à demarcação do sítio cirúrgico pelo cirurgião;
- à realização de verificação de segurança do equipamento de anestesiologia e medicamentos;
- ao uso de oximetria de pulso durante a administração de anestesiologia em todos os procedimentos;
- à avaliação objetiva das vias aéreas;
- ao uso de indicadores de esterilização para assegurar o correto processo de esterilização;
- à administração de antibióticos profiláticos até uma hora antes da incisão cirúrgica;
- à confirmação verbal do paciente, do local e do procedimento imediatamente antes da incisão cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe;
- à informação gerada com a equipe pré-operatória para discutir preocupações clínicas, o plano do procedimento cirúrgico e outras questões cruciais;
- à informação gerada com a equipe pós-operatória para discutir problemas durante o procedimento e preocupações referentes à recuperação e ao manejo do paciente.

O uso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS tem comprovadamente melhorado a adesão às normas básicas de atendimento cirúrgico em vários hospitais no mundo. Embora a relação entre a adesão aos padrões e a redução das taxas de complicações seja provavelmente multifatorial, melhorar a segurança e a confiabilidade do atendimento cirúrgico pode salvar vidas e promover a confiança no sistema de saúde.

² Gawande AA, et al. An Apgar score for surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007; 204:201-8

Organização Mundial da Saúde

20 Avenue Appia
CH – 1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: +41 (0) 22 791 50 60

Email

patientsafety@who.int

Visite-nos em:

www.who.int/patientsafety/en/
www.who.int/patientsafety/safesurgery/en

