

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica Qual o caminho a seguir?

Maria das Neves Nerantzoulis Diniz Nogueira

Enfermeira com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Gabinete Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem/Sistemas de Informação em Enfermagem - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa. Portugal.

maria.diniz@chlc.min-saude.pt

<https://orcid.org/0000-0001-5369-0883>

Descritores: Segurança do doente; Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; profissionais de saúde; Segurança Cirúrgica

RESUMO

Introdução: A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) tem o intuito de promover a segurança do doente e profissionais, prevenir complicações anestésicas e cirúrgicas, e reduzir a mortalidade. A sua implementação tem uma comprovada eficácia na redução do risco cirúrgico. No entanto, a adesão a esta ferramenta de segurança continua a afigurar-se um problema, existindo uma lacuna entre a perceção individual de cada profissional e o uso real da mesma.

Objetivo: Refletir criticamente sobre a importância da lista de verificação de segurança cirúrgica e as dificuldades inerentes à sua aplicação.

Material e Métodos: Análise reflexiva baseada na experiência enquanto utilizadora da LVSC e como auditora do seu processo de aplicação, suportada por uma pesquisa bibliográfica.

Resultados: É possível identificar fatores que parecem dificultar a implementação desta lista, tais como: gradientes hierárquicos robustos nos blocos operatórios, a perceção da utilização desta ferramenta como uma sobrecarga nas inúmeras atividades desenvolvidas pelos profissionais e os constrangimentos na comunicação interdisciplinar. Então qual o caminho a seguir, para melhorar a aplicação desta lista de verificação? O recurso à formação de equipas e profissionais com funções de gestão e liderança; a seleção de estratégias de simulação e sessões de *debriefing*; a sinalização de dinamizadores locais para a implementação da LVSC; o compromisso em dar feedback e discutir o resultado das auditorias com as equipas, bem como o envolvimento dos doentes na sua segurança, poderão assumir-se como facilitadores deste processo.

Conclusões: É fundamental a identificação de contextos e de práticas que favorecem a ocorrência de erros e eventos adversos, investindo em medidas e ferramentas de prevenção e de segurança, com o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

Introdução

Ao longo dos anos os cuidados cirúrgicos têm assumido uma importância crucial na assistência em saúde a nível mundial. A falta de cuidados cirúrgicos com qualidade, traduz-se num problema significativo em várias partes do mundo, embora haja conhecimento de que uma cirurgia bem-sucedida, significa um conjunto de benefícios, no que se refere a vidas salvas, incapacidades evitadas e ganhos económicos (1).

A realização de procedimentos cirúrgicos é essencial, tendo o intuito de salvar ou melhorar a qualidade de vida dos doentes. Contudo, nem sempre as intervenções decorrem como o previsto, verificando-se falhas na segurança dos processos cirúrgicos, e consequentes danos significativos para os doentes/familiares, profissionais e organizações de saúde (2,3). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas situações em que o processo cirúrgico provocou Eventos Adversos (EAs), praticamente metade eram evitáveis (3).

Nas últimas duas décadas, os profissionais de saúde têm demonstrado cada vez mais interesse pela segurança do doente e muito se tem avançado na melhoria da qualidade e segurança no peri operatório (4). Contudo, a incidência de complicações cirúrgicas manteve-se quase inalterada, sendo que o aumento da idade e a comorbidade dos doentes, a complexidade intrínseca a cada cirurgia e o aumento significativo de nova tecnologia, parecem contribuir para tal (5).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, difundiu orientações com base nos princípios e práticas de segurança cirúrgica, organizadas em forma de projeto: “Cirurgias seguras salvam vidas”. Este, incide essencialmente em áreas como: prevenção de infeções do local cirúrgico; anestesia segura; redução da incidência de cirurgias no local errado, melhoria da comunicação no peri operatório e a utilização de indicadores da assistência cirúrgica (1,6). A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), inclui-se neste projeto, caracterizando-se pela sua simplicidade e aplicabilidade em qualquer contexto, capacidade de melhorar a segurança cirúrgica, reduzir a mortalidade, melhorar a comunicação e o trabalho em equipa (2)(6). A sua aplicação também favorece o controle dos processos e cultura de segurança das organizações, através da obtenção de indicadores, que permitem medir a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados dos cuidados cirúrgicos (1,3,7).

A circular normativa nº 16/DQS/DQCO de 22/06/2010, entretanto revogada pela Norma nº 02/2013, faz alusão à obrigatoriedade da implementação da LVSC em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nas entidades com ele contratadas, devendo ser considerado um “padrão mínimo de qualidade clínica” (7). Assim, esta lista encontra-se implementada nos blocos operatórios Portugueses, desde 2009(3).

Este artigo tem como objetivo: Refletir criticamente sobre a importância da lista de verificação de segurança cirúrgica e as dificuldades inerentes à sua aplicação.

Desenvolvimento

A implementação da LVSC, assume-se como uma estratégia comprovada de redução do risco operatório e dos eventos adversos (EAs) evitáveis, sendo norteadora da prática das equipas cirúrgicas, tal como descrito em inúmeros estudos a nível mundial. No entanto, apesar de parecer consensual a importância atribuída pelos profissionais a esta lista de verificação, a adesão à mesma continua a afigurar-se um problema, existindo uma lacuna entre a perceção individual e o uso real da mesma (2,3,8).

De acordo com o resultado de um formulário preenchido anualmente pelas Comissões da Qualidade e Segurança, com questões relativas às boas práticas e às metas a alcançar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, foi possível constatar, no que se refere ao objetivo estratégico nº 3 “Aumentar a segurança cirúrgica” do PNSD (2015-2020), a existência de instituições que ainda não utilizam a lista LVSC. A evolução anual crescente da taxa média de não conformidade na utilização da LVSC, foi outra das constatações evidenciadas(9) .

Verifica-se que as três etapas que constituem esta lista, *Sign In* (antes da indução da anestesia), *Time-Out* (antes da incisão na pele) e *Sign Out* (antes do doente sair da sala de operações), nem sempre são questionadas nem preenchidas no momento estabelecido para o efeito. Dos três momentos que constituem a LVSC, vários autores identificaram o “*time-out*”, traduzido por uma breve pausa imediatamente antes da incisão, e que deveria contar com a participação ativa de todos os elementos da equipa, como sendo onde se verifica uma não conformidade maior (1,2,6,7).

Identificam-se alguns fatores que dificultam a implementação desta lista de verificação, tal como a existência de fortes gradientes hierárquicos nos contextos cirúrgicos. O resultado de um estudo reforça esta perceção, ao demonstrar que a melhoria na implementação da LVSC, ocorreu nas situações lideradas pelos cirurgiões (10). Na maioria dos contextos é o enfermeiro circulante, ou o enfermeiro de anestesia que assume a responsabilidade pela aplicação desta lista. Também a perceção de que a LVSC, é mais uma sobrecarga para além das inúmeras tarefas que têm a cargo, de que a sua aplicação ocorre num “*timing*” inadequado, juntando-se a deficiente comunicação entre os profissionais, parecem constituir fatores desmobilizadores da sua implementação (11).

A inadequação da LVSC aos diferentes contextos, tal como acontece nas unidades de cirurgia de ambatório, onde não se realizam cirurgias major, pode ser outro fator desfavorável neste processo. Também a ausência de formação e treino dos profissionais envolvidos, poderá propiciar uma utilização meramente burocratizada desta ferramenta, em vez de uma utilização baseada no reconhecimento da sua importância para a segurança do doente. Assim, parece inevitável questionarmo-nos sobre qual o caminho a seguir, numa tentativa de melhorar o sucesso da sua aplicação (3)?

Parece fundamental auscultar os diferentes profissionais envolvidos, conhecendo as suas perceções sobre o que está a falhar no processo de implementação e o que é passível de melhoria. Cada grupo profissional, parece ter perceções distintas sobre este processo, tal como aparece representado num estudo em que os enfermeiros identificaram como

principais erros relacionados com a implementação da LVSC, a obtenção do consentimento informado e a marcação do local cirúrgico, enquanto os cirurgiões identificaram as falhas na profilaxia antibiótica e problemas com o equipamento cirúrgico (12).

Também a formação sobre esta temática à equipa multidisciplinar e aos profissionais com funções de gestão e liderança, recorrendo-se a estratégias de simulação e a sessões de *debriefing*, permitiria uma análise, reflexão, *feedback*, resolução de problemas e desenvolvimento de competências na aplicação desta ferramenta (13,14). A O incentivo à existência de dinamizadores locais, a realização de auditorias e o feedback dos seus resultados às equipas, bem como uma adaptação da LVSC aos diferentes contextos, poderiam ser facilitadores desde processo.

Também o envolvimento dos doentes na sua segurança em contexto cirúrgico é crucial. Apenas trabalhando na construção de um ambiente de apoio e colaboração, mas sobretudo na capacitação dos doentes e familiares, para uma intervenção efetiva na sua segurança, permitirão contextos hospitalares mais seguros para todos os intervenientes (8).

Considerações Finais

É fundamental a identificação de práticas que podem confluir em erros e eventos adversos, adotando medidas e ferramentas de segurança, com o envolvimento da equipa prestadora de cuidados aos doentes cirúrgicos.

Apesar dos inúmeros benefícios na utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, também é verdade que os recursos a estas ferramentas, isoladamente, não evitarão todos os incidentes.

É fundamental que todos os profissionais envolvidos compreendam a origem e o tipo de erros, aceitem a complexidade do contexto cirúrgico, e promovam uma cultura em que se encoraje a segurança do doente. Para tal, a gestão de projetos de melhoria contínua, a criação de parcerias interprofissionais, a identificação de mediadores informais de conhecimento dentro de cada equipa e o envolvimento das lideranças e dos gestores da segurança do doente, parecem essenciais neste processo.

O desenvolvimento eficaz de estratégias para a promoção de práticas e de cuidados seguros, deverá ocorrer numa perspetiva abrangente das organizações de saúde, privilegiando uma articulação entre os profissionais, os doentes e seus cuidadores.

Bibliografia

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives). Versão Portuguesa, Direcção-Geral da Saúde www.dgs.pt. Direcção Geral de Saúde. Geneva; 2009. p. 1–189.
2. Papadakis M, Meiwandi A, Grzybowski A. The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety. *International Journal of Surgery*. 2019 Sep;69:19–22.
3. Matos FM, Sales L, Baquero L, Bilbao M. Cirurgia Segura. In: Guia prático para a segurança do doente. Lidel. Lisboa; 2021. p. 235–48.
4. White MC, Peven K, Clancy O, Okonkwo I, Bakolis I, Russ S, et al. Implementation Strategies and the Uptake of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *Annals of Surgery*. Lippincott Williams and Wilkins; 2021. p. E196–205.
5. Haugen AS, Sevdalis N, Sjøfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*. 2019 Aug 1;131(2):420–5.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS (2009). Cirurgia Segura Salvam Vidas Edição em Português [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2022 Oct 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y
7. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Circular Normativa nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; Jun 25, 2010 p. 1–8. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>
8. Bergs J, Lambrechts F, Desmedt M, Hellings J, Schrooten W, Vlayen A, et al. Seen through the patients' eyes: surgical safety and checklists. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018 Mar 1;30(2):118–23.
9. Lebre A, et al. Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. In: Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde. Lisboa; 2022.
10. Russ S, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Mayer E, et al. Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *J Am Coll Surg*. 2015 Jan;220(1):1-11e4.
11. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*. 2012 Mar;21(3):191–7.
12. Norton EK, Singer SJ, Sparks W, Ozonoff A, Baxter J, Rangel S. Operating Room Clinicians' Attitudes and Perceptions of a Pediatric Surgical Safety Checklist at 1 Institution. *J Patient Saf*. 2016 Mar;12(1):44–50.
13. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva; 2021 [cited 2022 Sep 29]. Available from: [file:///C:/Users/marin/Downloads/9789240032705-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marin/Downloads/9789240032705-eng%20(1).pdf)
14. Garcia P, Cortez BC, Sales L. Simulação para a promoção da segurança do doente. In: Edições Técnicas Lda., editor. In Barroso, F, Sales, L & Ramos, S (Coords), Guia Prático para a Segurança do Doente . Lidel. Lisboa; 2021. p. 343–50.