

A implantação do protocolo de cirurgia

Maíra Idalina Vieira Germano¹, Mariana Cândida Laurindo², Maria Cristina Flório³, Mário Sérgio Menezes⁴, Danilo Arruda de Souza⁵, Tales Rubens de Nadaí⁶

¹Enfermeira Responsável Técnica do Bloco Cirúrgico, ²Enfermeira Gerente de Qualidade, ³Enfermeira Gerente de Enfermagem, ⁴Diretor Administrativo, ⁵Diretor de Atenção à Saúde, ⁶Diretor Geral - Hospital Estadual Américo Brasiliense.

Resumo

O checklist de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde, adaptado à realidade de cada instituição de saúde pode ser utilizado como ferramenta para implementação de barreiras de segurança voltadas à linha de cuidado dos pacientes cirúrgicos com o objetivo estratégico de diminuir os eventos adversos em hospitais e clínicas. Porém sua implantação efetiva ainda é um desafio em nosso país. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência do processo de implantação do Protocolo de Cirurgia Segura no Hospital Estadual Américo Brasiliense. Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência da implantação de todas as etapas do processo, que ocorreu através da avaliação do protocolo descrito da ANVISA acerca da temática de Cirurgia Segura, levantamento de referenciais bibliográficos, elaboração e customização do modelo de check list a ser utilizado no HEAB, apresentação do check list de Cirurgia Segura à equipe de enfermagem, cirurgiões e equipe anestésica, acompanhamento da aplicabilidade do check list na prática clínica, confecção do protocolo institucional de Cirurgia Segura, elaboração dos indicadores gerenciados e lançamento da Meta 2 de segurança do paciente: Segurança nos procedimentos cirúrgicos.

Através do indicador de resultado que avalia o preenchimento do check list, foi observada adesão satisfatória, porém nem todas as etapas foram seguidas integralmente pelas equipes, todavia, podemos observar que após a implementação do check list, conseguimos manter a taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa abaixo de 3% e a taxa de mortalidade abaixo de 0,3%. Conclui-se assim que as boas práticas elencadas no protocolo de cirurgia segura ainda precisam ser aprimoradas e trabalhadas em equipe, com o intuito de envolver e responsabilizar todos os integrantes desse processo acerca da importância da implementação das boas práticas com foco estratégico na melhoria da qualidade e segurança no atendimento aos pacientes cirúrgicos.

Palavras-chave: segurança do paciente; erros médicos; procedimentos cirúrgicos operatórios; lista de verificação.

Introdução

O princípio *primum non nocere* (em primeiro lugar não causar danos), atribuído a Hipócrates, demonstra a preocupação desde a Antiguidade com o risco envolvido no exercício da medicina.

As sociedades médicas no mundo passaram a reconhecer e liderar movimentos para gerenciar, acompanhar e coibir os incidentes médicos nas instituições de saúde através do estabelecimento de pa-

drões de verificação trazidos nos conceitos da cirurgia segura. A *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS) foi a pioneira, iniciando seus esforços através da iniciativa *Wrong Site Surgery* ainda nos anos 1980 e publicou seus resultados preliminares dessas intervenções em 1984^(1,2,3). No ano de 2000 uma publicação realizada pelo *Institute of Medicine* (IOM) sobre a titulação "To Err is Human: Building a Safer Health System" sensibilizou o público, a mídia, políticos e profissionais médicos e consolidou o interesse e observância pelo

tema, visto as conclusões elencadas nessa publicação ⁽⁴⁾.

Pode-se ressaltar também a Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em 2002, onde os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), após discussão reconheceram a importância e necessidade de reduzir os danos e o sofrimento de pacientes e parentes advindo de erros médicos; e elaboraram uma proposta através da implementação de boas práticas e barreiras de segurança na linha de cuidado aos pacientes cirúrgicos. A partir de então, acordaram uma resolução para aumentar a segurança do paciente, dentro das políticas públicas mundiais com foco estratégico na segurança dos pacientes ^(5,6).

Em outubro de 2004, onde a OMS efetivou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), passando em 2005, a segurança do paciente a ser um tema estratégico e prioritário, sendo abordados a cada dois anos, como ação de observância a temática e reconhecida como Desafios Globais ^(5,7,8).

O segundo desafio global foi lançado nos anos de 2007-2008 e estabeleceu como sendo estratégico o foco na melhoria dos processos assistenciais direcionados a segurança no ambiente cirúrgico, por meio de aplicação e verificação de quatro ações importantes: prevenção de infecções do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e indicadores da assistência cirúrgica ^(4,9). Baseada na implementação dessas boas práticas e ações, foi iniciada nos países membros da OMS uma campanha conhecida como Cirurgias Seguras Salvam Vidas ⁽⁵⁾.

No ano de 2008, o Ministério da Saúde do Brasil estimulou a adesão a campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, cuja principal estratégia e objetivo era a adoção, pelos hospitais de uma lista de verificação padronizada contemplando os padrões de cuidado e verificação aplicado no

ato cirúrgico. Foi estabelecido por meio de especialistas, com a finalidade de ajudar as equipes cirúrgicas na observação da linha de cuidado do paciente cirúrgico, esperando com essa observância a redução de erros e danos ao paciente. A lista de verificação deveria ser aplicada em todas as cirurgias e contemplando três fases: antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign Out*) ⁽¹⁰⁾.

Complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos acontecem e acometem os pacientes com frequência, merecendo estudos para o planejamento de melhorias nos processos de atendimento. Em estudo, Weiser et al. ⁽⁶⁾ estimaram que 234 milhões de procedimentos cirúrgicos foram realizados no mundo no ano de 2004, um para cada 25 pessoas vivas, resultando em dois milhões de mortes nesses procedimentos e sete milhões de complicações, 50% das quais eram evitáveis. Nos hospitais, morre um paciente a cada trezentos admitidos, e a causa da morte de mais de 50% destes é relacionada a erros cirúrgicos evitáveis ^(7,8).

Nos países desenvolvidos, os problemas associados à segurança cirúrgica e implementação de barreiras de segurança para minimização de erros voltados a assistência são bem conhecidos. Já nos países em desenvolvimento são pouco estudados, abordados ou tratados, o que merece atenção para o aprimoramento da informação para melhoria contínua dos processos definidores da assistência prestada ao paciente cirúrgico. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados e principalmente de lateralidade, o que causa atenção das redes de mídia, abalando a confiança do público em relação aos serviços de saúde nos profissionais de saúde ⁽⁸⁾.

Apesar dos obstáculos evidenciados para implementação do protocolo de cirurgia segura podemos destacar que um

dos pontos mais críticos a serem retratados, é a resistência das equipes ao protocolo. Para tanto os cirurgiões, os anestesistas, os enfermeiros e outros membros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva, para garantirem uma maior ou menor efetividade na aplicação dos passos do protocolo ⁽¹⁰⁾.

Equipes que trabalham unidas utilizando-se dos conhecimentos e suas habilidades em benefício do paciente podem prevenir uma proporção considerável das complicações, incidentes e eventos que ameaçam a vida, diminuindo permanência nas instituições e taxa de mortalidade. Para tanto, é necessário que a equipe de trabalho seja coesa e siga com as normas de relevância da segurança do paciente, utilizando corretamente de ferramentas como o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS para ajudar a atingir essa meta ⁽¹⁰⁾.

Justificativa

A finalidade deste estudo é descrever metodologicamente a implantação do protocolo de cirurgia segura. Sendo que através do check list de cirurgia segura, foram determinadas as medidas através da aplicação de lista de verificação para trabalharmos a melhoria contínua dos processos da qualidade e segurança do paciente que envolve a linha de cuidado dos pacientes cirúrgicos. Avaliamos com estas práticas, a redução de ocorrências de incidentes e eventos adversos, infecção de sítio cirúrgico e a mortalidade cirúrgica, contribuindo com o aumento da segurança garantindo a realização de cirurgia no local correto (evidenciando a questão de lateralidade) e ao paciente correto.

Objetivo

Relatar experiência do processo de implantação do Protocolo de Cirurgia Segura do Hospital Estadual Américo Brasiliense e o acompanhamento dos indicadores gerenciados pelo Protocolo de Cirurgia Segura.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência por meio da descrição das fases do processo de implantação da estratégia. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre as quais se deseja pesquisar, tendo por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Esse tipo de estudo estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado, assim pôde-se evidenciar que esta pesquisa descreve os fatos e fenômenos de determinada realidade ⁽¹¹⁾.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou ações e sua relevância está na pertinência importância dos problemas que nele se expõem e se apresentam, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração a práxis metodológica da área à qual pertence ^(12,13).

Caracterização da Instituição

A implantação do protocolo de Cirurgia Segura aconteceu no Hospital Estadual Américo Brasiliense. O HEAB está localizado na cidade de Américo Brasiliense, interior do estado de São Paulo/SP. Hospital atende 100% dos casos SUS com foco na média complexidade, dispõe de 104 leitos distribuídos em uma unidade de terapia intensiva adulto, um centro cirúrgico,

uma sala de estabilização clínica e cinco enfermarias, dentre elas uma enfermaria cirúrgica e quatro enfermarias de clínica médica. O centro cirúrgico conta com 3 salas cirúrgicas atendendo em média um número aproximado de 480 procedimentos cirúrgicos por mês sendo as cirurgias de facectomia e colecistectomia as mais incidentes cirurgias realizados em nossa instituição.

Relato de experiência

Visto a relevância da temática primariamente procedemos com a descrição do protocolo de cirurgia segura, com participação multiprofissional para posterior a validação e iniciação do processo de cirurgia segura para todos os pacientes com cirurgias ambulatoriais de hospital dia e com internação. Após implantação das boas práticas voltadas ao protocolo de cirurgia segura passamos a acompanhar e gerenciar os indicadores do protocolo assim como as notificações dos incidentes voltados a essa temática.

As ações do processo de implantação da estratégia ocorreram nos meses de outubro a dezembro de 2012. Como norteador desse caminho entre teoria e prática de processo de implantação do check list de cirurgia segura pela equipe multiprofissional, incluindo os colaboradores do centro cirúrgico e da clínica cirúrgica, junto com a liderança da instituição tiveram papel fundamental na estratégia para implementação. A equipe de cirurgia e demais parceiros da equipe multiprofissional foram os protagonistas do protocolo.

Com a finalidade de elaborar, planejar, implementar, acompanhar e alocar prazos voltados sempre a objetivos estratégicos até a elaboração de indicador a serem gerenciados nesse protocolo; o pro-

cesso de implantação da estratégia passou pelas seguintes etapas:

1ª Etapa - Avaliação do protocolo descrito da ANVISA acerca da temática Cirurgia Segura;

2ª Etapa - Levantamento de referenciais bibliográficos acerca da temática;

3ª Etapa - Elaboração do modelo de check list a ser utilizado no HEAB;

4ª Etapa - Apresentação do check list de Cirurgia Segura à equipe de enfermagem, cirurgiões e equipe anestésica;

5ª Etapa - Acompanhamento da aplicabilidade do check list de Cirurgia Segura na prática;

6ª Etapa - Confecção do protocolo institucional de Cirurgia Segura;

7ª Etapa - Elaboração dos indicadores gerenciados pelo Protocolo de Cirurgia Segura;

8ª Etapa - Lançamento da Meta 2 de segurança do paciente: Segurança nos procedimentos cirúrgicos.

Resultados

A implantação do check list de cirurgia segura ocorreu no ano de 2012, e seus indicadores foram acompanhados a partir do ano de 2015. Foi elaborado o indicador que avalia o preenchimento do impresso de check list de Cirurgia Segura, esse impresso é preenchido pela circulante de sala (Figura 1). Através desse indicador é possível observar uma adesão satisfatória ao preenchimento do mesmo (Gráfico 1).

Figura 1: Checklist de Cirurgia Segura do HEAB

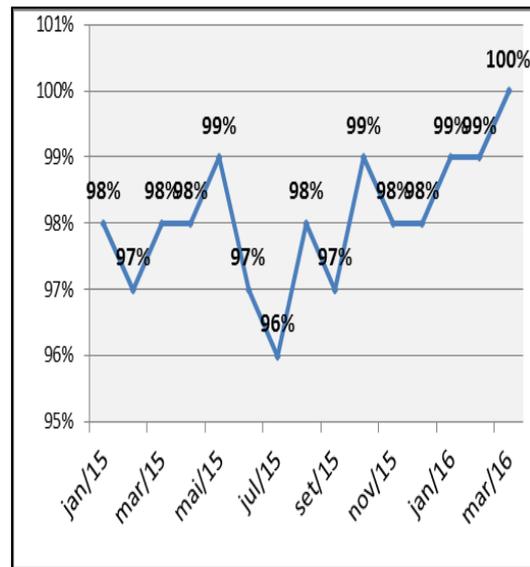


Gráfico 1: Taxa mensal de preenchimento do check list de Cirurgia Segura no HEAB no ano de 2015 e início de 2016.

Ao analisarmos esse indicador, evidenciamos que sua aplicabilidade foi satisfatória, associado ao baixo índice de complicações e erros que nossa instituição apresenta, porém não podemos considerar esse indicador como único norte para uma cirurgia segura. Em reuniões do time cirúrgico descobrimos que nem todas as etapas são totalmente aplicadas e seguidas pelas equipes, apesar do alto índice de preenchimento do check list. Uma das causas para isso foi o fato que as equipes assistenciais do centro cirúrgico, que inclui a equipe de enfermagem, cirurgiões e equipe anestésica, não participaram efetivamente da elaboração do impresso, o que dificultou a adesão de sua aplicabilidade na prática.

Apesar de ainda encontrar dificuldades na aplicabilidade do check list de cirurgia segura na prática, observamos uma melhor adesão da equipe com relação aos protocolos institucionais de cirurgia segura. Podemos observar que após a implementação do check list, conseguimos manter a taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa abaixo de 3% (gráfico 2) e a taxa de mortalidade pós operatória abaixo de 0,3% (gráfico 4).

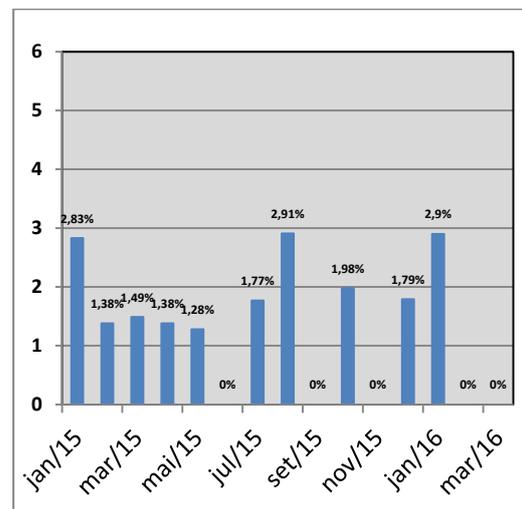


Gráfico 2: Taxa mensal de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas no HEAB no ano de 2015 e início de 2016.

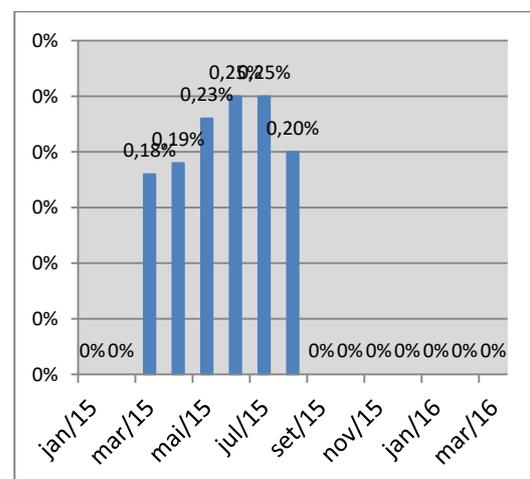


Gráfico 3: Taxa mensal de mortalidade pós operatória no HEAB no ano de 2015 e início de 2016.

Considerações finais

Percebe-se que existe ainda uma ampla margem para melhoria da adesão ao checklist de cirurgia segura implementada no HEAB. Será necessário algumas alterações no processo de melhoria contínua, reformulando-o e tornando o mesmo cada vez mais estruturado, customizado com a nossa prática assistencial, para a finalidade de assegurar a sua utilização adequada, tendo a garantia do aumento progressivo das taxas de adesão na prática e tornando-se essencial o seu preenchimento para a realização do procedimento cirúrgico.

Os dados hoje levantados nos mostra que o preenchimento do check list não nos dá uma visão clara de sua aplicabilidade na prática.

Em nossa avaliação ao seu preenchimento, sugere que deveremos montar estratégias combinadas para melhorias, envolvendo a sensibilização e empoderamento das equipes de enfermagem, cirúrgicas e anestésicas de seu processo de trabalho, dando autonomia para que realizem as modificações necessárias em conjunto e as equipes consigam trabalhar visando a segurança do paciente. Esses serão os próximos passos para que a cada dia o paciente tenha mais garantias que sua passagem pelo hospital e principalmente pelo centro cirúrgico aconteça com a maior segurança possível.

Referências bibliográficas

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Information statement 1015. Wrong-site surgery. 2003 out; 2013. Available from: <http://www.aaos.org/Default.aspx?ssopc=1>
2. Wong D, Herndon J, Canale T. An AOA critical issue. Medical errors in orthopaedics: practical pointers for prevention. J Bone Joint Surg Am. 2002;84(11):2097 - 100.
3. Herndon JH. One more turn of the wrench. J Bone Joint Surg Am. 2003;85(10):2036 - 48.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
5. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme, 2008 -2009; 2013. Available from: www.who.int/patientsafety/en [accessed on 11.04.16].
6. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet 2008; 372:139-44.
7. Ferraz EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI [Editorial]. Rev Col Bras Cir 2009; 36:281-2.
8. Mendes W, Moura MLO. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol 2012; 15:523-35.
9. Soria-Aledo V, Silva ZA, Saturno PJ, Graupolan M, Carrilo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. Cir Esp 2012; 90:180-5.
10. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Aliança Mundial para Segurança do Paciente; 2008. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home> [accessed on 15.02.13].
11. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
12. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;1(2):94-103.
13. Becker, HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 2.ed. São Paulo:Hucitec, 1994. 178 p.