

Criação e evolução da lista de verificação de cirurgia segura específica para oftalmologia

Development and improvement of a surgical safety checklist for ophthalmological procedures

Rosane Vargas Muniz¹
Betânia Barreto de Athayde Bohrer²
Magda Pereira Mulazzani³
Letícia Santos Erig⁴
Simone Marques dos Santos⁵
Helena Barreto Santos⁶

¹Enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo de Trabalho - Programa de Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre. Brasil. E-mail: rmuniz@hcpa.ufrgs.br

²Médica Neonatologista no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo de Trabalho - Programa de Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre. Brasil. E-mail: betaniabohrer@hcpa.ufrgs.br

³Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo de Trabalho - Programa de Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Brasil. E-mail: mmulazzani@hcpa.ufrgs.br

⁴Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo de Trabalho - Programa de Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Brasil. E-mail: lsantos@hcpa.ufrgs.br

⁵Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo de Trabalho - Programa de Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Brasil. E-mail: smsantos@hcpa.ufrgs.br

⁶Médica Internista e Epidemiologista. Coordenadora do Programa QUALIS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre. Brasil. E-mail: hbsantos@hcpa.ufrgs.br

RESUMO

Introdução: Identificamos que durante aplicação da lista de verificação da cirurgia segura do hospital para procedimentos invasivos da oftalmologia havia pouca participação da equipe em sala, gerando aumento no risco de troca de paciente, procedimento ou lateralidade. Verificamos a necessidade de uma lista de verificação específica que atendesse suas particularidades, contemplando a conferência de materiais e rotinas especiais. **Objetivos:** Adequar a lista de verificação geral para especificidades

oftalmológicas, visando melhorar a adesão à lista de verificação específica, propiciar um envolvimento da equipe da cirurgia oftalmológica no processo de segurança em cirurgia e procedimentos invasivos e acompanhar quantitativamente e qualitativamente a aplicação da lista de verificação específica para oftalmologia. Resultados: Utilizamos uma metodologia de ciclos de *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), testando várias versões de uma lista específica. Após a implementação da nova lista de verificação, a adesão ficou acima de 90%, e houve melhora na qualidade da aplicação. Depois da implementação da lista de verificação específica da oftalmologia em nossa instituição, não ocorreram novas notificações de incidentes em procedimentos dessa especialidade. Conclusão: Atribuímos a maior adesão e envolvimento na aplicação da lista de verificação específica pelas equipes da oftalmologia, melhorando sua conscientização quanto à importância da sua aplicação, prevenindo erros que possam causar dano ao paciente.

Palavras-chave: Lista de verificação. Segurança do paciente. Qualidade da assistência à saúde. Oftalmologia.

ABSTRACT

Background: At this time, during the application of the general surgical safety checklist by the Ophthalmology team, little staff participation and motivation were noticed. Considering materials and specific routines of this team, it was clear that we needed to develop a customized safety checklist for ophthalmologic procedures that would meet its peculiarities. Objective: To adapt the general surgical safety checklist for ophthalmologic surgeries and procedures in order to reduce adverse events, monitor adherence and to foster involvement of the multidisciplinary team in improving patient safety. Results: The work started with discussions of the Institution Safety Checklist Group and the Ophthalmology Team driven by the analysis of the adverse events reported to Risk Management. As a result, an initial specific ophthalmologic safety checklist proposal was developed and implemented. This was followed by a continuous review through improvement plan (PDSA) that addressed the times of the procedures, language, processes detail, as well as document format. To estimate the adherence and adequacy of the specific checklist, we also reviewed medical records. After the implementation of the specific ophthalmologic checklist adherence has kept above the institutional goal of >90%, with increased quality of the checklist was noticed. After the implementation of the specific ophthalmologic surgical safety checklist, no adverse

events were reported. Conclusion: We attribute these results to the adequateness of the specific checklist for teams that serve the specialty. We highlight the importance of a specific checklist as a means to prevent surgical errors and improve patient safety.

Keywords: Surgical checklist. Patient safety. Quality of care. Ophthalmology.

INTRODUÇÃO

O princípio atribuído a Hipócrates, “*Primum non nocere*” (*antes de tudo não lesar*), há mais de 2000 anos carrega a premissa da segurança e, apesar disto, até recentemente os erros associados à assistência a saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como um ato realizado por profissionais mal treinados. O grande número de pacientes que morrem devido a estes erros chama a atenção da mídia e da população, levando a um esforço conjunto no sentido de melhorar a segurança na assistência ao paciente (WACHTER, 2010).

O mesmo autor enfatiza a necessidade de fortalecer os sistemas a fim de prevenir ou identificar erros em vez de tentar criar profissionais, individualmente, à prova de equívocos.

Neste sentido, sabe-se que erros em processos rotineiros podem ser prevenidos pela criação de redundâncias e checagens duplicadas na forma de listas de verificação, leituras de retorno ou também outros procedimentos de segurança padronizados, como marcação do sitio cirúrgico.

Outro princípio chave da segurança do paciente é aprender com os erros, propiciando uma cultura onde estes, podem ser amplamente discutidos entre as equipes envolvidas, resultando na construção de mecanismos conjuntos para evita-los, sem culpabilidade. Ou seja, uma cultura organizacional que apoie o relato dos eventos facilitaria o aprendizado com os erros e ajudaria na prevenção de novos eventos. (CBA/JCI, 2014).

As falhas em ambientes cirúrgicos são comuns nas instituições de saúde. Incidentes envolvendo erros de lateralidade, identificação e procedimento são frequentes e, muitas vezes, resultados de uma comunicação ineficaz ou inadequada entre os membros da equipe.

Há também outros fatores contribuintes, tais como: falta de participação do paciente na marcação do sítio cirúrgico, revisão inadequada do prontuário do paciente, escrita ilegível ou uso de abreviaturas fora do siglário.

Dessa forma, eventos adversos em pacientes cirúrgicos constituem grande parte das doenças iatrogênicas. Em países industrializados, as complicações cirúrgicas representam causas importantes de morbidade e mortalidade, com uma taxa de complicações estimada entre 3 a 17 % (TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Muitas das intervenções de segurança em cirurgia têm sido focadas dentro da sala cirúrgica. Entretanto, mais da metade dos erros cirúrgicos ocorrem fora da sala de cirurgia, e atuar no processo cirúrgico como um todo poderia apresentar melhores resultados (VRIES et al, 2010).

Conhecendo este cenário a Organização Mundial da Saúde - OMS lançou a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que visa reduzir a mortalidade e complicações por cirurgias ao redor do mundo. Uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente da *Joint Commission International* busca assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, sendo recomendada a aplicação de uma lista de verificação em todos os procedimentos invasivos para atingir este objetivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Haynes et al, em 2009, apresentou resultados de pesquisa realizada no período de um ano, em parceria com a OMS, em oito hospitais em diferentes países e com situações econômicas e sociais distintas. Foi elaborada uma lista de verificação de segurança, com apenas 19 itens, para qualificar a comunicação da equipe e o cuidado com os pacientes cirúrgicos.

O objetivo era reduzir complicações e mortalidade associadas à cirurgia. A taxa de mortalidade diminuiu significativamente de 1.5% antes da lista, para 0.8% após a implementação da lista de verificação ($P=0.003$). As complicações relacionadas à cirurgia ocorriam, antes da intervenção, em 11.0% dos pacientes, e após a introdução da lista de verificação, reduziram-se para 7.0% ($P<0.001$) (HAYNES et al, 2009).

Em um estudo, publicado por Vries et al, em 2010, realizado em hospitais holandeses já considerados com alto padrão de cuidado, também foi encontrada diminuição substancial nas complicações e na mortalidade de pacientes cirúrgicos após a implementação de lista de verificação.

Antes da aplicação da lista, a taxa total de complicações era de 27.3% (IC 95% 25.9 a 28.7), tendo reduzido para 16.7 (IC 95% 15.6 a 17.9).

A proporção de pacientes com uma ou mais complicações diminuiu de 15.4% para 10.6% ($P < 0.001$). A mortalidade cirúrgica hospitalar apresentou uma queda de 1.5% (IC 95% 1.2 a 2.0) para 0.8% (IC 95% 0.6 a 1.1). As melhorias ocorreram tanto em hospitais ainda em processo de acreditação, como naqueles acreditados (VRIES et al, 2010).

Uma revisão de 33 artigos, publicados entre 2000 e 2012, sobre a aplicação de listas de verificação avaliou desfechos que incluíram prevenção de eventos adversos, facilitadores e barreiras para sua implantação. Nesta revisão, as listas de verificação foram associadas a um aumento na detecção de fragilidades na segurança, diminuição nas complicações cirúrgicas e melhora na comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica. As ações estratégicas para garantir a implantação das listas incluíram: identificar lideranças, incorporar retornos das equipes envolvidas em adaptações e evitar redundâncias nas coletas de informação (TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Os autores concluíram que as listas de verificação representam uma estratégia simples e promissora no atendimento seguro ao paciente, mas também que novos estudos deveriam ser realizados, com o objetivo de avaliar o impacto da melhoria nos desfechos e se podem ser mais evidentes em ambientes específicos (TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

As listas de verificação adaptadas em uma ampla variedade de configurações contribui para melhorar a cultura de segurança do paciente e cuidados peri operatórios, pois estão associadas ao aumento da detecção do potencial de riscos de segurança, diminuindo complicações cirúrgicas e melhorando a comunicação entre equipe multiprofissional (TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Descrição do contexto

A Cirurgia Segura no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA atende aos padrões requeridos para o cumprimento desta Meta Internacional de Segurança, coordenado pelo Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde - Qualis, como parte das estratégias adotadas pela instituição na atenção aos seus pacientes e medidas de segurança. Inicialmente, foram criados grupos de estudo e trabalho multiprofissionais sobre segurança e qualidade em saúde.

O “Grupo da Meta 4 e do capítulo Anestesia e Cirurgia Segura” (CBA/JCI, 2014) foi composto por enfermeiras, anestesistas, cirurgiões e administradores, sendo responsável pelo programa de Cirurgia Segura na instituição.

Foram identificadas as áreas do hospital com procedimentos cirúrgicos ou invasivos, conforme os padrões propostos pela JCI (CBA/JCI, 2014), rastreando-se possíveis pontos de fragilidade na segurança do paciente.

Baseada nos preceitos da campanha *Cirurgias Seguras Salvam Vidas* da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2009) e Manual do CBA/JCI (2011), foi elaborada a primeira lista de verificação geral no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA em 2011 (Figura 1). Esta, foi implantada como um projeto piloto no bloco cirúrgico, inicialmente nas cirurgias ortopédicas. Esta especialidade foi escolhida por trabalhar com lateralidade nos procedimentos e por ter demonstrado grande interesse em implantar um processo que reduzisse as chances de erros.

Figura 1: Lista de verificação geral.

Data: ____/____/____ Sala: _____		Paciente: _____ N° de Registro: _____
Preceptor: _____ Cirurgião: _____		
Anestesta: _____ <input type="checkbox"/> não se aplica		
Enfermeira: _____ Téc. de Enf. Instrumentador: _____		
Procedimento: _____ Lateralidade: _____ Téc. de Enf. Circulante: _____		
ENTRADA / SIGN IN Antes da indução anestésica, com pelo menos anestesista e enfermagem, confirmar com o paciente: <input type="checkbox"/> identificação (nome completo / prontuário – confirmar com pulseira) <input type="checkbox"/> procedimento agendado <input type="checkbox"/> local do procedimento <input type="checkbox"/> não se aplica (marcado) <input type="checkbox"/> consentimento cirúrgico assinado <input type="checkbox"/> consentimento anestésico <input type="checkbox"/> não se aplica assinado <input type="checkbox"/> exames complementares <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> verificação de segurança da anestesia concluída <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> oxímetro de pulso no paciente (funcionando) O paciente possui... Alergia conhecida: <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> não Via aérea difícil / risco de aspiração: sim, existe equipamento de assistência <input type="checkbox"/> disponível <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> sim, acesso venoso adequado e planejamento para fluidos <input type="checkbox"/> não Hemoderivados/Hemocomponentes disponíveis na Unidade? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Verificar destino do paciente: <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> UTIP <input type="checkbox"/> UTI URPA <input type="checkbox"/> UTI-NEO <input type="checkbox"/> Outro (inclui domicílio ou outros hospitais): _____ <input type="checkbox"/> Profissional responsável: _____	PAUSA CIRÚRGICA / TIME OUT Antes do início do procedimento, com enfermagem, anestesista e cirurgião <input type="checkbox"/> confirmação de que todos os membros da equipe se conhecem <input type="checkbox"/> identificação do paciente <input type="checkbox"/> procedimento agendado <input type="checkbox"/> local do procedimento <input type="checkbox"/> profissional médico responsável <input type="checkbox"/> concordância com procedimento cirúrgico e anestesia EQUIPE DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Material da sala conforme o procedimento agendado Profissional: _____ EQUIPE CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> Existem etapas críticas ou fora da rotina? <input type="checkbox"/> Implantes, materiais médicos, instrumentais, equipamentos especiais estão disponíveis conforme o procedimento ou solicitação médica e esterilizado com resultados dos indicadores inclusos. Profissional: _____ Há alguma preocupação específica em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> não tempo cirúrgico previsto: _____ A profilaxia antimicrobiana foi realizada em até 60 minutos da incisão? <input type="checkbox"/> sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> não se aplica Há imagens essenciais disponíveis? (raio X, tomografias, etc) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não se aplica Há necessidade de realização de exames trans-operatórios? (ecografia, escopia, raio-X, congelação) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica Profissional responsável: _____	SAÍDA / SIGN OUT Antes do paciente sair da sala, com enfermagem, anestesista e cirurgião... A enfermagem confirma verbalmente com a equipe: <input type="checkbox"/> se a pulseira está no paciente <input type="checkbox"/> procedimento executado foi o proposto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Qual? _____ A contagem do instrumental cirúrgico, compressas, agulhas e gases está correta? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não, motivo: _____ Profissional: _____ A peça cirúrgica/material está: <input type="checkbox"/> identificada corretamente com os dados do paciente <input type="checkbox"/> solicitação e especificação do material conferem <input type="checkbox"/> não se aplica Os equipamentos apresentaram algum problema? <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> Não Encaminhamento: Cirurgião, anestesista e enfermagem revisam preocupações essenciais para o pós-operatório e manejo deste paciente... <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> ventilação <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> nível de consciência <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> outras Destino do paciente: <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> UTIP <input type="checkbox"/> UTI URPA <input type="checkbox"/> UTI-NEO Outro: _____ Profissional responsável: _____

Fonte: lista de verificação institucional, dados da pesquisa.

Após seis meses, esta lista foi implantada, gradativamente, nas demais especialidades através de reuniões, explicando a sua importância e definindo o papel de cada integrante da equipe multidisciplinar.

Seguindo o plano estabelecido, a lista de verificação geral foi também levada para o centro cirúrgico ambulatorial - CCA; da mesma forma, nesta unidade, também foi iniciada a implantação da lista de verificação geral pela ortopedia e, após, ampliada para as demais especialidades.

Gradualmente, representantes de áreas como hemodiálise, radiologia, radioterapia, hemodinâmica, centro de procedimentos de diagnósticos ambulatoriais, ambulatório de odontologia, unidades pediátricas, centro obstétrico e centros de tratamento intensivo foram incorporados ao Grupo do *Checklist* para identificar nas suas áreas os procedimentos com necessidade de aplicação de lista de verificação.

Antes da implantação da lista de verificação geral nas demais especialidades do CCA e em outras unidades da instituição, houve um evento sentinela com lateralidade em procedimento oftalmológico.

Este evento foi analisado pela Comissão de Gerenciamento de Risco do hospital, tendo como orientação a implantação imediata da lista de verificação geral para todas as cirurgias realizadas, inclusive oftalmológicas, e a obrigatoriedade da padronização da marcação de lateralidade do sítio cirúrgico quando indicado.

Durante doze meses seguintes, a equipe cirúrgica envolvida no evento foi acompanhada sobre ocorrência de novos incidentes, número de procedimentos realizados, presença de marcação de lateralidade, presença de instrumentador e circulante em sala e aplicação da lista de verificação.

A lista de verificação geral foi utilizada neste ano no CCA por todas as equipes da oftalmologia, Glaucoma, Retina, Oculoplástica, Estrabismo, Córnea, Catarata e tumores. Neste período, foram relatados mais cinco incidentes: três envolvendo lateralidade de bloqueio e dois de identificação.

Estes eventos, também analisados pela Gerencia de Risco, não resultaram em danos permanentes para os pacientes, e aconteceram apesar da aplicação da lista de verificação geral.

Foi percebido que durante a aplicação da lista de verificação geral ocorria pouca participação e motivação da equipe presente em sala, gerando um aumento no risco de troca de paciente, de procedimento e de lateralidade.

Discutiu-se então, nas cirurgias e procedimentos invasivos da oftalmologia, a necessidade de uma lista de verificação específica que atendesse as suas particularidades, contemplando a conferência de materiais e rotinas especiais, que dessa forma atingisse o objetivo de barreira de segurança.

Considerando-se este contexto, buscou-se adequar uma lista de verificação para a cirurgia oftalmológica, através de um processo de participação de toda a equipe multiprofissional envolvida.

OBJETIVOS

- Adequar à lista de verificação geral para as especificidades da oftalmologia, visando reduzir os eventos adversos e sentinelas cirúrgicos.
- Propiciar um envolvimento da equipe da cirurgia oftalmológica na melhoria do processo de segurança em cirurgia e procedimentos invasivos.
- Acompanhar quantitativamente (indicador institucional) e qualitativamente a aplicação da lista de verificação específica para oftalmologia.

METODOLOGIA

Estudo de caso, relatando a experiência do HCPA na preparação para Acreditação Internacional. O artigo descreve um Plano Institucional de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente, desenvolvido no processo de preparação para Acreditação Internacional. Sua publicação foi aprovada pelo programa QUALIS do HCPA.

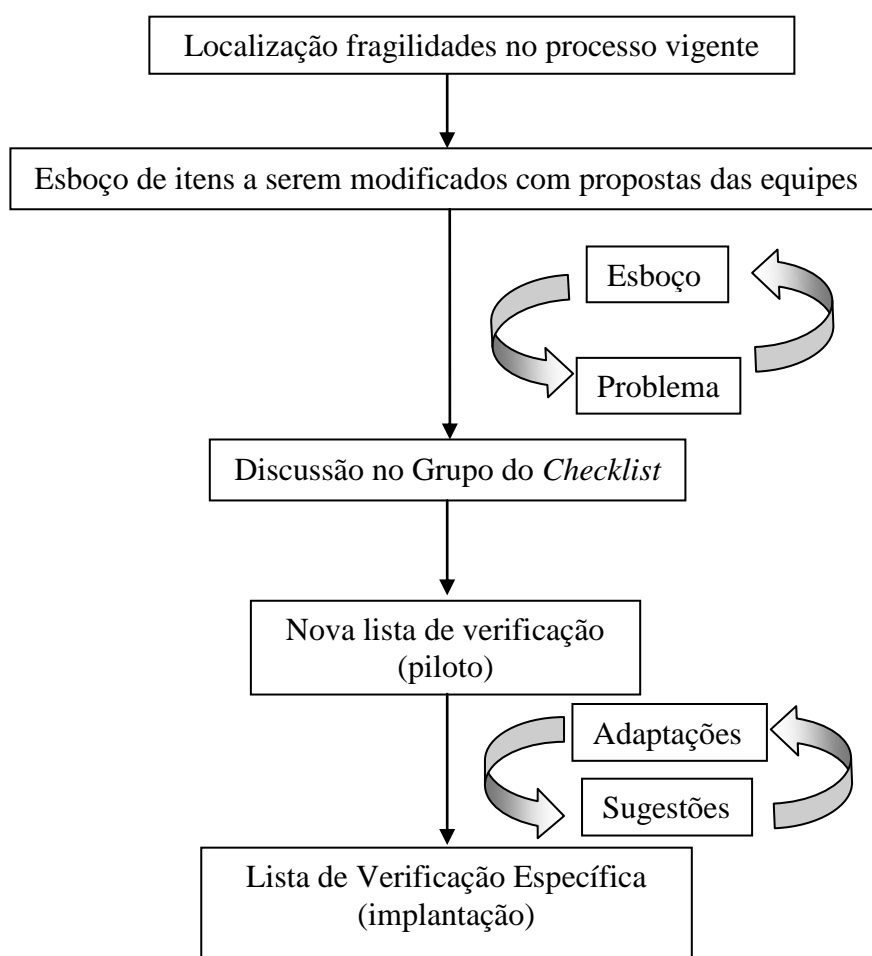
Para a criação de uma lista de verificação específica adequada às particularidades dos procedimentos invasivos oftalmológicos do HCPA, foi aplicado o método PDSA, Plan-do-study-act.

Houve cuidado de que as propostas e modificações incluíssem as percepções dos profissionais envolvidos no processo de aplicação da lista de verificação conforme roteiro a seguir (WEISER, 2010).

A lista de verificação geral foi modificada pelo Grupo de *Checklist*, embasado nas sugestões das equipes de oftalmologia, equipe de enfermagem do CCA e também nas análises dos eventos relatados à Gerência de Risco, conforme apresenta a figura 2.

Foram realizadas propostas de aprimoramento - plano de ação do PDSA - com alterações de tempos, linguagem, processos, conteúdo e formatação do documento.

Figura 2: Processo de discussão e criação de lista de verificação específica



Fonte: adaptado de Weiser, 2010.

Para a mensuração do uso da lista, foi avaliada a presença de lista de verificação, antes e após intervenção, em auditoria de prontuários selecionados por amostragem aleatória até que fossem contempladas todas as subespecialidades oftalmológicas, além das demais especialidades com procedimentos que incluíssem lateralidade.

A análise era realizada no dia subsequente ao procedimento com o intuito de detectar falhas no processo com maior brevidade buscando corrigi-las rapidamente.

Esta auditoria foi quantitativa e qualitativa, atentando para completude dos formulários e para a identificação do profissional responsável pelo preenchimento da lista.

Após o estabelecimento da lista de verificação específica definitiva, acompanhou-se a adesão ao seu uso através do indicador institucional “Adesão à Lista de Verificação da Cirurgia Segura”, que mede o percentual de vezes em que a lista foi aplicada, considerando-se o total de cirurgias realizadas. Este indicador é censitário, e obtido através do sistema informatizado do hospital.

RESULTADOS

Para preparação da lista verificação específica foram criadas e testadas versões evolutivas. A primeira versão foi elaborada a partir da lista de verificação geral mantendo itens preconizados pelo modelo da OMS.

Cada nova versão era aplicada por uma semana, envolvendo de forma participativa todas as subespecialidades da oftalmologia, até a definição do modelo final.

O documento final desta lista de verificação específica, Figura 3, gerado foi acordado pelas equipes da oftalmologia, enfermagem do CCA e grupo do *checklist*, após três ciclos de aplicação e discussão do processo, e está sendo este o utilizado desde então.

Foram elaborados política, plano e procedimento operacional padrão para preenchimento e aplicação da lista de verificação específica, além de capacitação institucional e setorial, especificamente com as equipes envolvidas neste processo, para as metas internacionais de segurança em forma presencial e de educação à distância.

A auditoria de prontuários foi realizada em setembro de 2013, e incluiu a revisão de 69 prontuários entre os procedimentos com lateralidade. Destes, 45 (65,2%) prontuários eram de pacientes de subespecialidades da oftalmologia. Entre todos os 69 prontuários, houve ausência de lista de verificação em apenas 1 (1,4%).

Em 19 (43,18%) prontuários, não havia o preenchimento completo do procedimento com a lateralidade, fato que gerou a inclusão de uma lacuna específica no cabeçalho do novo documento para a descrição do lado correto do procedimento.

Considerando-se somente os prontuários das cirurgias oftalmológicas, encontrou-se 42 (95,4%) com registro sobre a presença de marcação do sitio cirúrgico, e em 15 (34%) prontuários, as listas apresentavam entre 1 a 8 itens sem preenchimento.

Este achado proporcionou uma discussão sobre a importância destas rotinas com a equipe multidisciplinar, como medidas de segurança cirúrgica.

Outro item avaliado foi à presença do nome completo do responsável pelo preenchimento, presente em 12 (26,6%) dos prontuários; os outros achados neste item foram: apenas primeiro nome em 32 prontuários (71,1%) e um (1,4%) com o item em branco.

Este fato gerou uma discussão de esclarecimento sobre quem seria o responsável pelo preenchimento deste item na lista de verificação, que definiu que quem assina é quem aplicou a lista de verificação e que deve colocar uma identificação legível (rubrica presente no rubricário e carimbo).

Formato final da lista de verificação da cirurgia oftalmológica

A lista de verificação específica para oftalmologia, na sua versão final, contém no cabeçalho dados como data, sala onde o procedimento será realizado, cirurgião responsável, anestesista, enfermeira, técnico de enfermagem circulante, técnico de enfermagem instrumentador, procedimento agendado, lateralidade do procedimento além de dados de identificação do paciente.

Destaca-se que, na nossa instituição, os dois identificadores são: nome completo do paciente e o número do seu prontuário.

Está dividida em três partes: entrada - *sign in*, pausa cirúrgica - *time out* e saída - *sign out*, conforme descritas a seguir.

A parte de entrada - *sign in*, inicia-se na sala em que o procedimento será realizado.

Neste momento, a enfermagem confere, em voz alta, os itens de verificação na presença da equipe médica, tais como:

- Identificação do paciente, lateralidade, marcação do sitio cirúrgico, procedimento planejado, agendamento e nota de consumo;
- Se a avaliação pré-anestésica, consentimentos anestésicos e cirúrgicos estão preenchidos e assinados em sala. E se os exames complementares relevantes para o procedimento estão disponíveis;
- Se foi realizada a verificação de segurança da anestesia. Ou seja, a inspeção do equipamento de anestesia, a conferência dos medicamentos e o risco anestésico do paciente.
- Se o oxímetro de pulso está instalado no paciente e em perfeito funcionamento;
- Se o paciente apresenta alergias e a qual componente, certificando se toda a equipe está ciente;
- Se existem fatores de risco do paciente, descrevendo quais;
- Se todos os recursos necessários para garantir a via aérea do paciente, estão disponíveis;
- Se os equipamentos, os materiais médico hospitalares e instrumentais estão disponíveis, devidamente esterilizados e em sala conforme procedimento agendado.

Também deve ser discutido se há algum problema sobre equipamentos e outras preparações para cirurgia ou quaisquer preocupações de segurança que a equipe multidisciplinar possa ter, e,

- Se existe indicação de reserva de leito em alguma área específica como, por exemplo, Centro de Terapia Intensiva.

A pausa cirúrgica -*time out*- é realizada imediatamente antes do início do procedimento invasivo com enfermagem, anestesista e cirurgião em sala.

Nesta fase, certifica-se de que todos os membros da equipe se conhecem e o cirurgião confirma novamente, em voz alta os itens de verificação:

- Identificação do paciente, a cirurgia a ser realizada, marcação do olho a ser operado.
- Se o resumo do caso está impresso e visível na sala cirúrgica;
- Se há necessidade de uso de profilaxia antimicrobiana.

E, se sim, checar se foi realizado colírio de antibiótico nas últimas vinte e quatro horas, e antibiótico endovenoso nos últimos sessenta minutos, ou se o paciente está em uso destes;

- Se há necessidade de instilar colírio de iodopovidona;
- Se há necessidade de material fora da rotina, implantes, materiais médicos e outros.

No caso de cirurgia intra-ocular, deve ser checada a necessidade de lente e qual dioptria, material de vitrectomia e se córnea doadora está em sala, deve-se:

- Checar a documentação da córnea com a identificação do seu frasco, nos casos de transplante.


A checagem dos itens referentes à saída - *sign out*- deve ser realizada antes que o paciente deixe a sala de cirúrgica.

O objetivo é facilitar a transferência de informações importantes para as equipes responsáveis pela continuidade da assistência ao paciente. Neste momento é conferido:

- Se o paciente está com a pulseira de identificação com nome completo e número do prontuário;
- Se o procedimento executado foi o proposto, confirmando com o cirurgião e a equipe qual o procedimento realizado;
- Se a contagem de instrumentais cirúrgicos, compressas, agulhas está correta. Caso contrário, a equipe deverá ser alertada para que medidas apropriadas possam ser tomadas.
- Se a peça cirúrgica está identificada corretamente assim como qualquer amostra patológica ou demais exames obtidos durante o procedimento – incluindo número da solicitação e especificação do material.
- Se os problemas identificados com equipamentos foram solucionados ou encaminhados aos responsáveis pela sua resolução.
- Se houve alguma intercorrência cirúrgica e qual;
- Se houve algum evento adverso e qual;
- Quais as recomendações para transferência do paciente, revisando e programando a assistência pós-operatória e o plano de tratamento, focando particularmente em questões anestésicas ou transoperatórias;
- Qual será o destino do paciente.

A versão atual da lista de verificação está apresentada na figura 3. O processo é monitorado através do indicador institucional *Adesão à Lista de Verificação da Cirurgia Segura*, que é definido como igual ou maior a 90% de adesão.

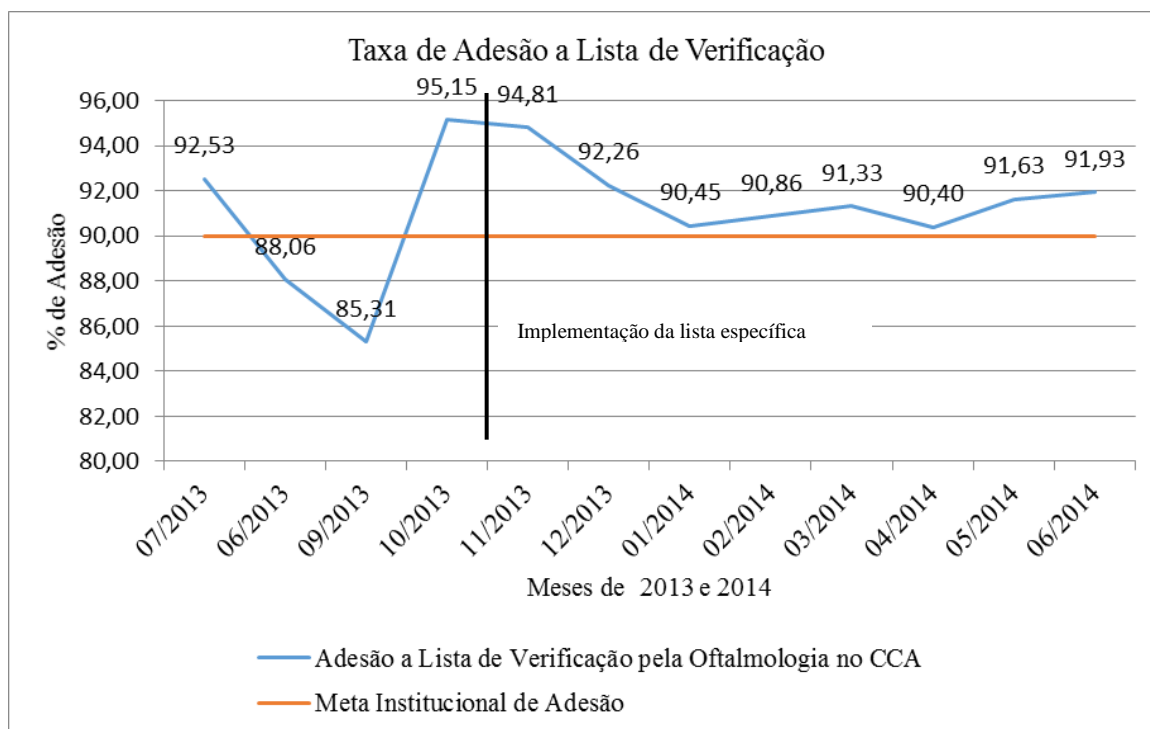
Figura 3- Lista de verificação específica das cirurgias oftalmológicas – versão atual

Data: ____/____/____ Sala: _____ Cirurgião: _____ Anestesiista: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica Enfermeira: _____ Téc. de Enf. Circulante: _____ Téc. de Enf. Instrumentador: _____ Procedimento: _____ Lateralidade: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica		
ENTRADA / SIGN IN	PAUSA CIRÚRGICA / TIME OUT	SAÍDA / SIGN OUT
Antes da indução anestésica, com pelo menos anestesiista e enfermagem, confirmar com o paciente:	Antes da incisão, com enfermagem, anestesiista e cirurgião, confirmar que todos os membros da equipe se apresentem pelo nome e função.	Antes do paciente sair da sala, com enfermagem, anestesiista e cirurgião ...
<input type="checkbox"/> Identificação (nome / prontuário – confirmar com pulseira) <input type="checkbox"/> Local do procedimento marcado no paciente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> OD / <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Consentimento cirúrgico assinado <input type="checkbox"/> Consentimento anestésico assinado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Exames complementares disponíveis <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Verificação de segurança da anestesia concluída <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente (funcionando) <div style="background-color: #eee; padding: 2px;">O paciente possui...</div> Alergia conhecida: <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não Fatores de risco? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Via aérea difícil / risco de aspiração: <input type="checkbox"/> Sim, existe equipamento de assistência disponível <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Material da sala conforme o procedimento agendado Profissional da enfermagem: _____ Verificar destino do paciente: <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> UTIP <input type="checkbox"/> UTI URPA <input type="checkbox"/> UTI-NEO <input type="checkbox"/> Outro (inclui domicílio ou outros hospitais): _____ <input type="checkbox"/> Profissional responsável: _____	Cirurgião, anestesiista e profissionais da equipe de enfermagem confirmam verbalmente: <input type="checkbox"/> Confirmação de que todos os membros da equipe se conhecem <input type="checkbox"/> Identificação do paciente (pasta e pulseira) <input type="checkbox"/> Procedimento agendado <input type="checkbox"/> Confirmação do olho a ser operado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> OD / <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <div style="background-color: #eee; padding: 2px;">EQUIPE CIRÚRGICA - Profissional:</div> Resumo do caso visível na sala: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tempo cirúrgico previsto: A profilaxia antimicrobiana foi realizada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Colírio de antibiótico nas últimas 24h _____ <input type="checkbox"/> EV nos últimos 60 minutos _____ <input type="checkbox"/> Em uso de ATB _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Aplicado colírio de iodopovidona: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Material fora da rotina: <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <div style="background-color: #eee; padding: 2px;">Quando cirurgia intraocular...</div> UO em sala: <input type="checkbox"/> Sim. Dioptria _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Material de vitrectomia em sala: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 20G / <input type="checkbox"/> 23G <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Cómea doadora em sala: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Profissional responsável: _____	A enfermagem confirma verbalmente com a equipe: <input type="checkbox"/> Se a pulseira está no paciente Procedimento executado foi o proposto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual? _____ A contagem do instrumental cirúrgico, compressas, agulhas e gases está correta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo: _____ Profissional: _____ A peça cirúrgica está: <input type="checkbox"/> Identificada corretamente com os dados do paciente <input type="checkbox"/> Solicitação e especificação do material conferem <input type="checkbox"/> Não se aplica Os equipamentos apresentaram algum problema? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não Encaminhamento: _____ Houve alguma intercorrência cirúrgica: <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não Houve algum evento adverso: <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não Alguma recomendação especial para o pós-operatório: <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <div style="background-color: #eee; padding: 2px;">Destino do paciente: <input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> UTIP <input type="checkbox"/> UTI URPA <input type="checkbox"/> UTI-NEO</div> Outro: _____ Profissional responsável: _____
		Paciente: _____ N° de Registro: _____
		 HOSPITAL DE CLÍNICAS PRONTO-SOLICITANTE LISTA DE VERIFICAÇÃO CHECKLIST CIRURGIA SEGURA - OFTALMOLOGICA CCA <small>BRF-259 - gráfica hepa - out13</small>

Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico, na figura 4, mostra a adesão à lista de verificação pelo serviço de oftalmologia antes e após a sua nova versão.

Figura 4 - Adesão à lista de verificação no serviço de oftalmologia antes e após a implementação da lista específica.



Fonte: dados da pesquisa.

Após um ano, novo ciclo de PDSA foi rodado evidenciando uma aceitação das equipes de oftalmologia da lista de verificação específica, sendo aplicada com a ênfase adequada. Não temos novos registros de eventos adversos, ou sentinela, nesta especialidade até o momento.

Também foi realizada a auditoria presencial do momento de aplicação da lista de verificação específica após um ano de sua implementação, mostrou uma melhora na qualidade da aplicação da lista e apropriação desta pela equipe cirúrgica da oftalmologia e enfermagem.

CONCLUSÃO

Através do empenho de um grupo de trabalho dedicado a adequar a lista de verificação geral para as cirurgias oftalmológicas, foi possível construir uma lista de verificação específica para estes procedimentos.

O amadurecimento do processo, através da análise dos eventos adversos, com a possibilidade de discuti-los sem penalização ou definições de culpados e o envolvimento das equipes multidisciplinar, demonstrou ser este um dos caminhos para a qualidade e segurança do paciente.

Por meio de monitoramento do indicador institucional de adesão a lista de verificação, observou-se melhora da adesão, que vem mantendo-se acima da meta institucional (90%). E através da auditoria presencial percebemos uma melhora na qualidade da aplicação da lista, sendo aplicada com ênfase, tranquilidade, segurança e com a participação de toda a equipe.

Atribuímos estes resultados e ainda a redução dos eventos adversos ou sentinelas à apropriação da lista de verificação específica pelas equipes que atendem a especialidade, tanto no momento da sua adaptação, quanto nos momentos de aplicação. Também a conscientização da equipe quanto à importância da aplicação da lista de verificação, com o objetivo de destinação correta de determinado tipo de procedimento prevenindo erros que possam causar dano ao paciente, contribuiu para este resultado.

A criação desta lista foi, sem dúvida, uma excelente ferramenta para garantia da melhoria permanente da qualidade assistencial. Percebemos também uma valorização do Grupo do *Checklist*, pois a criação deste possibilitou um espaço para compartilhar informações e saberes entre as facilitadoras que o compõe, buscando oportunidades de melhoria nas atividades diárias.

REFERÊNCIAS

CBA/JCI. Padrões de Acreditação da Joint Comission Internacional para Hospitais. Editado por Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA: 2011. 288 p.

CBA/JCI. Padrões de Acreditação da Joint Comission Internacional para Hospitais. Editado por Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA: 2014. 304 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Cirurgias seguras salvam vidas. orientações para cirurgia segura da OMS. Tradução Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211p.

HAYNES, A. B et al. A Surgical Safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **N Engl J Med**, Massachusetts, n. 360, p.491– 499, 2009. Disponível em:< DOI: 10.1056/NEJMsa0810119> .

TREADWELL, J.R.; LUCAS, S.; TSOU, A. Y. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. **BMJ Qual Saf**, London, n.23, p.299-318, 2014. Disponível em:< doi:10.1136/bmjqs-2012-001797>.

VRIES, E.N. et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. **N Engl J Med**, Massachusetts 2010, n. 363, p.1928 - 1937 - November 11, 2010 . Disponível em:< doi: 10.1056/NEJMSA0911535>.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança de paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010, 500 p.

WEISER, T.G. et al. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. **Int J Qual Health Care**, Taiwan, v. 22, n 5, p. 365-370. 2010.

Recebido em: 26/12/2014.

Aceito em: 26/06/2014.

Publicado em: 30/07/2015.