



REFLEXÃO TEÓRICA

QUAIS MUDANÇAS PODERÃO OCORRER NA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA APÓS IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE?

*WHAT CHANGES MAY OCCUR IN SURGICAL CARE AFTER THE IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY CENTERS?
¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS QUE SE PODRÁN PRODUCIR EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DESPUÉS DE LA
IMPLANTACIÓN DE LOS CENTROS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?*

Melina Paula Silva Araújo¹, Adriana Cristina de Oliveira²

RESUMO

Nesse ensaio teórico foram analisadas quais as potenciais mudanças poderão ocorrer na segurança cirúrgica após a obrigatoriedade de implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente e da implantação do Protocolo de Cirurgia Segura, em todas as instituições de saúde, e que consiste na principal medida que poderá impactar na melhoria da qualidade da assistência ao paciente cirúrgico. Esse protocolo está fundamentado essencialmente no cumprimento de boas práticas que envolvem o pré, intra e pós-operatório, sendo muitas delas reconhecidas com fortes evidências científicas há mais de quatro décadas. Assim, ressalta-se que juntamente com a criação de regulamentações e diretrizes, deve ocorrer o reconhecimento na prática, pois, legislações isoladamente não garantem o sucesso do processo, devendo elas estarem sobrepostas à busca de melhorias da qualidade assistencial sustentadas no clima de segurança.

Descritores: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Lista de verificação.

ABSTRACT

This paper analyzed the potential changes in surgical safety after the establishment of mandatory Patient Safety Centers and the implementation of the Safe Surgery Protocol in all health institutions. That is the main measure that could improve the quality of care to the patient. This protocol is essentially based on the compliance with best practices involving the pre-, intra- and post-operative, and many of them have been proved by strong scientific evidences for more than four decades. Thus, it is emphasized that along with the creation of regulations and guidelines, there should be recognition of the same in practice, since laws alone do not guarantee the success of the process, and that these should overlap with the search for quality of care sustained in secure climates.

Descriptors: Patient safety; Quality of health care; Checklist.

RESUMEN

En este trabajo teórico se analizaron los posibles cambios en la seguridad de las cirugías después de la obrigatoriedad del establecimiento de los Centros de Seguridad del Paciente y de la aplicación del Protocolo de Cirugía Segura en todas las instituciones de salud, y que es la principal medida que podría impactar en la mejora de la calidad de la atención al paciente. Este protocolo se basa esencialmente en el cumplimiento de las mejores prácticas que implican el pre, intra y post operatorio y muchas de ellas reconocidas con una fuerte evidencia científica desde hace más de cuatro décadas. Por lo tanto, se hace hincapié en que, junto con la creación de reglamentos y directrices, debe haber su reconocimiento en la práctica, pues las leyes por sí solas no garantizan el éxito del proceso, y que éstas se deben superponer en la búsqueda de las mejoras de la calidad de atención sostenida en el ambiente de seguridad.

Descritores: Seguridad del paciente; Calidad de atención a la salud; Lista de verificación.

¹ Enfermeira. Especialista em Controle e prevenção de infecções, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, ² Enfermeira, Professora, Pós Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Mins Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. As situações em que ocorrem erros ou falhas são denominadas incidentes e podem ou não provocar danos aos pacientes. Evento adverso é o incidente com o paciente que resultou num dano ou lesão. As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias quanto para as organizações e a sociedade⁽¹⁾.

No fim da década de 1990 se constatou que o aumento das despesas dos seguros de saúde se dava em grande parte por erros médicos e danos causados durante a prestação de cuidados à saúde⁽²⁾. Em 1999, o Institute of Medicine, dos Estados Unidos, publicou o relatório *Errar é humano, Construindo um sistema de saúde mais seguro*, o qual notificou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam anualmente nos hospitais norte-americanos devido a erros ocorridos durante o atendimento hospitalar, alcançando a oitava causa de morte nos Estados Unidos, superando a mortalidade por câncer de mama, por acidentes automobilísticos e por causas externas, dentre outras⁽³⁾.

Com relação às complicações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos nos países industrializados, são relatadas em 3-16% dos procedimentos (50% relacionados à cirurgia e cerca de 40% ocorrem por problemas na sala cirúrgica) e a taxa de mortalidade de aproximadamente 0,4-0,8%; e de 5-10% em cirurgias de maior complexidade nos países em desenvolvimento⁽⁴⁾. Estima-se uma taxa mundial de eventos adversos durante o procedimento cirúrgico de 3% e uma taxa de mortalidade de 0,5%, correspondendo a sete milhões de pacientes cirúrgicos que sofreriam complicações significativas a cada ano e um milhão desses que morreria durante

ou imediatamente após a cirurgia⁽⁵⁾. Se pensarmos concretamente no impacto dos eventos adversos decorrentes dos procedimentos cirúrgicos realizados, mesmo que não tenhamos dados oficiais, podemos estimar tomando como base no Brasil, em 2010 e em 2011, a realização de 4.056.250 e 4.123.794 procedimentos cirúrgicos, respectivamente, e a uma taxa de eventos adversos mínima de 3%, potencialmente nos depararíamos com a ocorrência de aproximadamente de 121.687,5 e 123.713,82 eventos, respectivamente⁽⁵⁾.

Nesse contexto, em maio de 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde recomendou à OMS e aos Estados Membros que direcionassem sua atenção à segurança do paciente e à prevenção desses eventos adversos. Nessa perspectiva, em outubro de 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e lançou os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, buscando identificar áreas prioritárias em diversas partes do mundo⁽⁴⁾.

Entre os desafios lançados pela OMS, destaca-se o segundo deles apresentado em 2008, visando à segurança do paciente cirúrgico, tendo como objetivo elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde por meio do estabelecimento de práticas cirúrgicas seguras, contempladas no “Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Nesse contexto, o segundo Desafio Global tem como essência elevar os padrões de qualidade na assistência à saúde ao paciente cirúrgico e por meio desse, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu uma meta até o ano de 2020, reduzir as taxas de infecção do sítio cirúrgico em 25%, o que implicaria em uma significativa queda da morbidade e da mortalidade relacionadas a procedimentos cirúrgicos⁽⁴⁾.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi publicado pelo Ministério da Saúde pela portaria nº 529 em 1º de abril de 2013 e propõe um conjunto de

medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde⁽⁶⁾. O segundo desafio global para a segurança do paciente começou a ser viabilizado nacionalmente em 13 de maio de 2010 e, em 09 de julho de 2013, foi proposto o Protocolo para Cirurgia Segura⁽¹⁾.

A seguir foi publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 em 25 de julho de 2013⁽⁷⁾ que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, bem como o monitoramento e a notificação dos incidentes e eventos adversos. Além disso, em seu art. 4º, estabelece que a direção de cada serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conferindo aos seus membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente e a incumbência de implantar os Protocolos de Segurança do Paciente, dentre eles o Protocolo de Cirurgia Segura, e realizar o monitoramento dos seus indicadores, além da notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde. Para tal, a ANVISA deliberou um prazo nessa RDC, que posteriormente foi revisto pela RDC nº 53 de 2013, passando a vigorar o aumento do prazo para iniciar a notificação dos eventos adversos, tendo vencido em fevereiro de 2014⁽⁸⁾. Nesse sentido, a Anvisa, a partir de um formulário próprio, iniciou o recebimento dessas notificações com sistema online.

No entanto, por outro lado, o que se observa é que a grande maioria das instituições no contexto nacional ainda estão iniciando a proposição dessas ações.

Diante do exposto, busca-se responder à seguinte questão norteadora: quais as potenciais mudanças poderão ocorrer *na assistência cirúrgica brasileira após a obrigatoriedade de implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente?* Assim, este estudo objetiva discorrer sobre as potenciais

mudanças que poderão ocorrer na assistência cirúrgica brasileira após a obrigatoriedade de implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições assistenciais.

MÉTODOS

Propõe-se um ensaio teórico pela sua característica de ser discursivo e concludente, consistindo em exposição lógica e reflexiva e em argumentação rigorosa com alto nível de interpretação, sem, contudo, dispensar o rigor metodológico e a coerência de argumentação. Além disso, o ensaio é concebido como problematizador e antidogmático, devendo sobressair o espírito crítico e a originalidade⁽⁹⁾.

Para nortear o ensaio teórico, foram utilizados artigos originais, manuais, protocolos e legislações vigentes sobre o tema.

Núcleos de segurança do paciente

Entre as ações previstas na referida RDC nº 36/2013, a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições é mandatória, a fim de em torno dele se organizarem a implantação dos protocolos básicos de segurança do paciente, visando à consolidação de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde como componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões adequados. E para o alcance dessas, é referido ainda a proposição de um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, que deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco⁽⁷⁾.

Especificamente no tocante à segurança cirúrgica, ao Núcleo de Segurança do Paciente compete implantar e acompanhar o uso do Protocolo de Cirurgia Segura e os indicadores da assistência cirúrgica. Os protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes

obrigatórios dos planos de segurança do paciente⁽⁷⁾.

O monitoramento dos incidentes e eventos adversos deverá ser realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente e a notificação dos eventos adversos, como obrigatoria, deve ser realizada mensalmente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A definição pela RDC nº 36 de ações de notificação e monitoramento de eventos adversos relacionados tanto aos produtos quanto às falhas na assistência vai permitir a ampliação e a articulação de notificações de eventos adversos no País. E é previsto que o descumprimento das disposições contidas nessa Resolução constitui infração sanitária, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis⁽⁷⁾.

Para a efetivação dos pressupostos da RDC nº 36, está programada uma articulação do Ministério da Saúde com estados, municípios, conselhos e sociedades profissionais para aperfeiçoar e concluir os protocolos de segurança do paciente, a criação de um Comitê Nacional para apoiar a implementação e monitorar o andamento do programa e, além disso, a elaboração de um plano de capacitação dos profissionais da saúde, com base nas considerações dos protocolos e nas demandas dos serviços⁽¹⁰⁾.

Segundo registros da Anvisa, no Brasil existem 196 hospitais denominados sentinelas que compõem um projeto desenvolvido pela própria Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de ampliar e sistematizar a vigilância sobre produtos de saúde e assim promover melhores serviços e condições de trabalho. Nesse sentido, desse quantitativo 95 estão em fase de implementação do Núcleo de Segurança do Paciente e 74 já estão em funcionamento, o que demonstra os diferentes estágios de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente no País⁽¹⁰⁾. Especificamente, com relação ao Protocolo de Cirurgia Segura, dos 3.517 hospitais que se registraram no

programa da OMS, apenas 45% (1.595) usam efetivamente o *checklist*⁽¹¹⁾.

Protocolo de cirurgia segura

As falhas nos procedimentos cirúrgicos podem causar danos consideráveis aos pacientes. Somos assaltados pela mídia de forma cada vez mais frequente ao evidenciar erros relacionados ao paciente cirúrgico e cada vez mais nos tornamos perplexos com pacientes que tiveram membros amputados em lados errados ou cirurgias realizadas em órgãos do lado errado ou em pacientes errados, levando-os a incapacidades permanentes em decorrência da desatenção e, sobretudo, falta ou falha de comunicação de uma equipe. Assim podemos apontar a repercussão para o indivíduo que sofreu um erro de lateralidade durante um procedimento cirúrgico e que terá que lidar com uma limitação emocional, social, psicológica, familiar e muitas vezes financeira. Além dos desdobramentos que na maioria das vezes não são computados, estimados ou até mesmo considerados, dados que podem estar subnotificados, já que muitos pacientes optam por não processar os profissionais e os hospitais. Nesse contexto, ao mesmo tempo em que nos deparamos com cifras assustadoras, também nos confrontamos com a falta de informação e registro no âmbito nacional, impossibilitando delinear claramente a abrangência dessa questão no Brasil.

Como um dos itens do Plano de Segurança do Paciente, e objeto de interesse deste ensaio, o Núcleo de Segurança do Paciente, deverá ter estabelecido estratégias e ações de gestão de risco, como a segurança cirúrgica, pela implantação do Protocolo de Cirurgia Segura⁽⁷⁾.

O Protocolo de Cirurgia Segura tem a finalidade de aumentar a segurança cirúrgica, possibilitando a adequada realização do procedimento cirúrgico, no local correto e no paciente correto, utilizando da lista de

verificação ou *checklist* desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde. Esse protocolo deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos cirúrgicos, podendo e devendo ser reformatada, reordenada ou revisada para acomodar à prática local, garantindo a conclusão dos passos críticos de segurança de uma maneira eficiente, podendo assim ser ajustado a realidade de cada localidade/instituição⁽⁴⁾.

Dessa forma, trata-se de um instrumento de extrema importância que tem a finalidade de assegurar que as equipes sigam as etapas críticas e usuais do procedimento cirúrgico, com itens a serem checados com o objetivo de minimizar riscos evitáveis e ainda lembrar à equipe assistencial de medidas que têm comprovação científica de sua eficácia na redução de complicações cirúrgicas, ao passo que é fidedignamente cumprida e completada pela equipe⁽⁴⁾.

Além dos objetivos citados, o desenvolvimento do *checklist* foi guiado pelos princípios da simplicidade, da ampla aplicabilidade e da possibilidade de mensuração. O princípio da simplicidade pressupõe que medidas simples serão as mais fáceis de se instituir e podem ter importantes implicações. A ampla aplicabilidade implica em alcançar todos os ambientes e cenários, independentemente dos recursos financeiros, e que falhas regulares são passíveis de soluções comuns. A mensuração do impacto é um princípio fundamental na avaliação dos resultados após a implantação da lista⁽⁴⁾.

A referida lista de verificação monitora o procedimento cirúrgico em três fases, cada uma correspondente a um período do tempo específico no fluxo normal do procedimento: anterior à indução anestésica, após a indução e antes da incisão cirúrgica e durante ou imediatamente após o fechamento da incisão⁽⁴⁾.

A OMS sugere que para o sucesso da lista de verificação é fundamental que a condução

seja realizada por uma única pessoa, membro da equipe participante da cirurgia, evitando esquecimentos e omissões⁽⁴⁾. Segundo Yamanaka *et al.*, 2014⁽¹²⁾, o *checklist* deve ser preenchido preferencialmente pelo enfermeiro para maior segurança cirúrgica, pois esse profissional pode atuar como um facilitador no processo de implementação e sustentação do programa cirurgia segura.

A experiência da implantação do *checklist* foi *descrita* em distintas realidades em oito cidades do mundo e mostrou claramente que a sua utilização praticamente dobrou a chance de os pacientes receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados⁽¹³⁾, o que pressupõe que todos os países podem melhorar a assistência cirúrgica por meio de verificações de segurança que podem ser realizadas em todos os ambientes, independentemente da diversidade social, política ou econômica. Em estudos relacionados à redução das complicações cirúrgicas após a implementação do *checklist* cirúrgico foi encontrado um registro importante entre o seu uso e redução das taxas de mortalidade e morbidade cirúrgicas. Possivelmente sustentado pela prevenção de erros relacionados ao procedimento cirúrgico, como prevenção de cirurgias no local errado⁽¹⁴⁾, ao cumprimento do protocolo de profilaxia da trombose venosa profunda⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e, além disso, à prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico⁽¹⁷⁾. A prevenção da infecção do sítio cirúrgico esteve principalmente descrita nos estudos que evidenciaram maior investimento no momento da administração do antibiótico antes da incisão cirúrgica^(18,19). Além disso, foi relatado que a lista de verificação melhora de maneira geral a comunicação da equipe cirúrgica^(20,21) na verificação de itens relacionados às alergias e na discussão dos riscos e recuperação do paciente⁽²²⁾.

Ressalta-se que os desvios da boa prática clínica nos procedimentos cirúrgicos ocorrem sobremaneira antes e após a cirurgia

e, assim, somente uma lista de verificação intraoperatória pode ser muito restrita, sendo então sugerido que aspectos relacionados ao pré e ao pós-operatório também sejam acompanhados. A despeito da importância do processo de montagem da sala cirúrgica, esta tem sido destacada, ocasião que deve ser valorizada pelos profissionais como um dos momentos que podem interferir na segurança do paciente cirúrgico, no tocante à funcionalidade dos equipamentos, na qualidade do material esterilizado dentre outros aspectos, bem como se ressalta a importância do preparo pré-operatório, a marcação do local da cirurgia, verificações de medicamentos e a realização de instruções pós-operatórias, os quais têm sido apontados como capazes de influenciar na redução da incidência de complicações cirúrgicas e da mortalidade⁽²³⁾.

Apesar das importantes contribuições obtidas com o *checklist* cirúrgico, há desafios para a implementação, seu cumprimento em sua completude e aceitação dos profissionais, seja por falta de conhecimento, por resistência, ou pelo tempo despendido; os quais devem ser considerados, pois a busca por melhores práticas e redução nas complicações cirúrgicas requer que esforços adicionais sejam feitos no sentido de disseminar a cultura de segurança nas instituições e envolver os profissionais na busca cotidiana pela adoção de boas práticas nos serviços de saúde.

Um dos pilares de sustentação para a implantação, no entanto, se refere à existência de uma cultura institucional de segurança, na qual deve ocorrer a identificação e análise das falhas e acidentes, com base em sistemas e não em pessoas, ou seja, o desenvolvimento de uma cultura de investigação e da melhoria contínua de processos e, para isso, as lideranças precisam estar comprometidas com a segurança do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com isso vem a reflexão: de fato está claro a compreensão de que estamos mais uma vez diante de uma “nova” estratégia que busca consolidar as boas práticas voltadas para o cuidado cirúrgico do paciente ou diante de apenas um conjunto de recomendações que já foram desde tempos remotos, e continuam sendo, exaustivamente recomendadas na assistência ao paciente cirúrgico?

Na verdade, se compararmos o que propõe a lista de verificação cirúrgica, estaremos diante da busca de boas práticas e que não são novas práticas, mas antigas recomendações, algumas delas já reconhecidas e com forte evidência científica, mas que até o presente momento não conseguimos consolidar na nossa prática cotidiana. A exemplo podemos destacar a tricotomia com métodos que favoreçam a remoção de pelos de forma a não alterar a integridade da pele do paciente e, que quando indicado esta remoção, seja ela realizada o mais próximo possível do momento do ato cirúrgico⁽²⁴⁾.

Ainda assim, no contexto nacional, não podemos menosprezar os esforços empregados pela iniciativa governamental de propor ações, resoluções, regulamentações e diretrizes, como a RDC nº 36, que existem e constituem exigências que deverão ser seguidas pelos estabelecimentos de saúde, com a adesão de gestores, profissionais de saúde e de vigilância sanitária, porém, que não garantem por si só o sucesso à adesão e à realização das boas práticas para a segurança do paciente cirúrgico.

Para tanto, deve-se considerar que a contribuição da lista de verificação cirúrgica está diretamente associada à sua implementação e execução. Nesse sentido, deve-se considerar que são essenciais estratégias bem fundamentadas, como educação contínua e abrangente e

recrutamento de profissionais comprometidos e conscientes da sua importância para a segurança cirúrgica, e não apenas como uma exigência institucional.

A implementação de um novo processo é complexo e requer uma avaliação cuidadosa e a compreensão de potenciais barreiras, além do envolvimento de toda a equipe, sensibilização e motivação multiprofissional para a sua adesão, flexibilidade e adaptações às mudanças e supervisão dos processos, os quais serão necessários para otimizar os benefícios potenciais associados a esse instrumento⁽²⁵⁾.

As lideranças administrativas, médicas e de enfermagem precisam superar as desigualdades profissionais que foram semeadas historicamente e criar condições para que a segurança do paciente cirúrgico seja responsabilidade de todos e não apenas de alguns da equipe cirúrgica⁽²⁶⁾. É imprescindível para o alcance das contribuições que os profissionais se proponham de fato a utilizar o *checklist* cirúrgico, compreendendo a sua importância, necessidade do uso, adequando-o à sua realidade e, sobretudo, incorporando-o à prática diária, visando à mitigação de danos ao paciente por meio da assistência cirúrgica mais segura.

Ainda, deve-se considerar que além de legislações, demanda-se a necessidade de melhorias, em muitas realidades brasileiras, das mínimas condições físicas, de equipamentos e medicamentos, profissionais e financeiras das instituições assistenciais. Assim, torna-se complicado a exigência do cumprimento de uma legislação em instituições nas quais os profissionais, em muitos momentos, não têm o básico para prestar uma assistência digna.

Apesar disso, uma legislação nacional que contemple a segurança do paciente cirúrgico demonstra que esforços têm sido direcionados para destacar a qualidade na atenção e a segurança do paciente, com

exigência em todas as instituições de medidas simples e efetivas que podem prevenir e reduzir riscos e danos aos pacientes cirúrgicos. Não podemos deixar de destacar a importância dessa legislação de abrangência nacional que veio trazer ao País uma discussão que já ocorria em nível mundial e de extrema importância. Com a publicação dessas leis, vários hospitais que ainda não haviam se atentado à segurança dos seus pacientes estão sendo obrigados a se inserirem nessa realidade.

O acompanhamento e mensuração das intervenções nas instituições que já realizaram a implantação do Protocolo de Cirurgia Segura ainda são escassos no Brasil. No entanto, é imprescindível a obtenção de indicadores que possibilitem a revisão das práticas adotadas e das contribuições obtidas, além de permitir a análise da qualidade dos cuidados prestados ao paciente, resultando em melhorias sustentadas no clima de segurança.

A pesquisa e a produção científica na área da segurança do paciente cirúrgico ainda são reduzidas, diversificadas em seus focos e não tão abrangentes em todos os países, não se justificando pela falta de interesse no tema, mas pela ausência de estudos bem delineados conduzidos e divulgados em periódicos de maior circulação presentes em bases de dados.

Além disso, incentivos financeiros às políticas públicas voltadas ao desenvolvimento de boas práticas para a segurança do paciente cirúrgico e qualidade nos serviços de saúde devem ser previstas, pois constituem seguramente fatores limitantes e negligenciáveis no contexto da implementação dessas medidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, torna-se necessário compreender que apesar das diferenças sociais e econômicas existentes e das dificuldades no acesso e nas estruturas de

atenção à saúde, há um caminho longo e desafiador a ser percorrido por todas as instituições e profissionais, porém o primeiro passo está sendo dado por meio das legislações que exigem a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, relacionado com a atenção e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para práticas mais seguras na assistência à saúde e a integração dessas práticas em programas de pesquisa e ensino no nosso país.

O uso do Protocolo de Cirurgia Segura constitui uma ferramenta que possibilita promover a melhoria de desempenho do serviço cirúrgico, porém é necessário ter um olhar ampliado para os múltiplos fatores que colocam em risco a segurança do paciente cirúrgico, requerendo um esforço intenso para que os processos de atenção à saúde, desde o seu planejamento até a sua realização, sejam realmente implementados, contribuindo para a segurança e repercutindo na qualidade assistencial.

Enfim, ressalta-se que, juntamente com a criação de regulamentações e diretrizes, deve ocorrer o reconhecimento destas na prática assistencial, pois legislações isoladamente não garantem o sucesso do processo. Além disso, o acompanhamento e a mensuração das intervenções propostas, como o Protocolo de Cirurgia Segura, ainda são escassas no País, bem como a definição dos incentivos financeiros necessários para a concretização destes, fatores essenciais para obtenção de melhorias sustentadas no clima de segurança das instituições.

REFERÊNCIAS

- 1- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, Brasília, DF: Anvisa; 2013.
- 2- Agency for Healthcare Research and Quality. Reducing and Preventing Adverse

Drug Events to Decrease Hospital Costs. Research in Action, Issue 1 [internet]. AHRQ Publication; 2001 acesso em 2012 set 23]. Disponível em:

<http://www.ahrq.gov/qual/aderia/aderia>

3- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

4- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)/Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

5- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), Fiocruz. Protocolo de Cirurgia Segura, Brasília, DF: Anvisa; 2013.

6- Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 1 Abr 2013.

7- Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 jul 2013.

8- Resolução RDC nº 53, de 14 de novembro de 2013. Altera a Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 14 nov 2013.

9- Prodanov CC, de Freitas E C. Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.

10- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fórum Internacional de Gestão de Risco e

Segurança do Paciente. Rede Sentinela. Brasília, DF: Anvisa; 2013.

11- Hospital Anchieta. No Brasil: Conheça as instituições brasileiras que já utilizam o Protocolo de Cirurgia Segura. 2012 [acesso em 2014 maio 22]. Disponível em: http://www.cirurgiasegura.com.br/no_brasil.php

12- Yamanaka NMA, Malta F, Cabanas A. Auditoria em Enfermagem: da Implantação ao Monitoramento do Programa Cirurgia Segura. Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba. 2013; 1(4).

13- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP. A surgical safety checklist reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009; 360:491-9.

14- Panesar SS, Noble DJ, Mirza SB, Patel B, Mann B, Emerton M. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics? Can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system. J Orthop Surg Res. 2011; 6:18.

15- Berrisford RG, Wilson IH, Davidge M, Sanders D. Surgical time out checklist with debriefing and multidisciplinary feedback improves venous thromboembolism prophylaxis in thoracic surgery: a prospective audit. Eur J Cardiothorac Surg. 2012; 41:1326-1329.

16- Truran P, Critchley RJ, Gilliam A. Does using the WHO surgical checklist improve compliance to venous thromboembolism prophylaxis guidelines? Surgeon. 2011; 9:309-11.

17- Constanza C, Bermudez L, Quintero A, Quintero LE, Marcela M. Checklist verification for surgery safety from the patient's perspective. Rev colomb anestesiología. 2013; 41(2):109-113.

18- Tillman M, Wehbe-Janek H, Hodges B, Smythe WR, Papaconstantinou HT. Surgical care improvement project and surgical site infections: can integration in the surgical

safety checklist improve quality performance and clinical outcomes? J Surg Res. 2013; 184(1):150-6.

19- de Vries EN, Dijkstra L, Smorenburg SM, Meijer RP, Boermeester MA. The Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist optimizes timing of antibiotic prophylaxis. Patient Saf Surg. 2010; 4:6.

20- Böhmer AB, Wappler F, Tinschmann T, Kindermann P, Rixen D, Bellendir M. The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. Acta Anaesthesiol Scand. 2012; 56:332-338.

21- Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev.Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):71-78.

22- Kasatpibal N, Senaratana W, Chitreecheur J, Chotirosniramit N, Pakvipas P, Junthasopeepun P. Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist at a University Hospital in Thailand. Surg Infections. 2012; 13(1):50-6.

23- de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, Outer AJ, Andel GV, Helden SH, *et al.* Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. New Engl J Med. 2010; 363-20.

24- Alexander, J.W.; Solomkin, J.S.; Edward, M.J. Updated recommendations for control of surgical site infection. Annals of Surgery, v. 253, n. 6, p.1082-93; 2011.

25- Nugent H, Ryan K, Traynor O, Neary P, Keane FBV. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. Ir J Med Sci. 2013; 182:171-176.

26- Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS 2006; 8(33).

Recebido em: 03/11/2014

Versão final reapresentada em: 29/04/2015

Aprovado em: 29/04/2015

Endereço de correspondência

Melina Paula Silva Araújo
Rua Conselheiro Saraiva, 20, apto101, bairro
Barroca, Belo Horizonte, Minas Gerais. 30431-031
E-mail: mpaulasilvaaraujo@gmail.com