



# Fazer avançar a videocirurgia

## Novo presidente convoca a todos a trabalhar por esta ideia

Cirurgião do Aparelho Digestivo, 37 anos, casado, pai da Raíssa, um ano e cinco meses, Rafael Rosito aceitou o desafio de ser o presidente da Sobracil RS para ajudar no desenvolvimento da nossa Sociedade de Videocirurgia. "Aceitei o desafio porque sei que estou cercado de cirurgiões experientes e pessoas de caráter elevado que nos momentos oportunos estarão comigo para tomar as decisões corretas para a sociedade", sintetiza assim a sua motivação de trabalho na gestão 2011-2012. E sua proposta é inclusiva: fazer uma gestão o mais democrática possível, na qual "todos os colegas possam participar expor suas ideias e que a gente possa materializar essas ideias para fazer avançar a videocirurgia". E ele conta, e agradece, esse apoio que já foi materializado na eleição: no universo de mais de 250 cirurgiões, houve apenas um voto contrário à chapa. Eleição praticamente unânime.

Essa é a terceira gestão de Rosito na Sobracil RS: foi segundo Vice-presidente na diretoria do Leo Limberger e um dos diretores científicos na gestão do De Carli.

O principal objetivo nesse início de mandato é organizar

o segundo Congresso Sul- Americano de Videocirurgia e quarto Congresso Sul- Brasileiro de Videocirurgia em Outubro de 2011. "Vamos fazer um Congresso de nível elevado técnico e moral. As comissões estão prontas o programa formatado para fazermos um grande evento", afirma Rosito.

Mas há outros objetivos igualmente importantes: apoiar as residências e cursos e eventos que promovam o desenvolvimento da videocirurgia é um deles. Outro: associar e qualificar os colegas que já usam a videocirurgia de forma adequada mas que ainda não fazem parte da Sociedade. "Isso significa ampliar o quadro, tivemos nessa gestão o aumento de associados e devemos seguir nesse caminho e ter mais adesões". E, at last but not the least, trabalhar em conjunto com a Sobracil Nacional, manter o bom relacionamento com eles para termos apoio nos eventos locais.

### DESAFIOS PARA A VIDEOCIRURGIA

A aceitação da videocirurgia é um grande desafio para a Sobracil. "Precisamos trabalhar muito os convênios. A gente tem que convencer não apenas as entidades mas também o mais alto escalão para se liberar a videocirurgia. Não se pode ver apenas o custo isolado, a gente sabe o benefício para o paciente".

O limite da videocirurgia é cada vez mais amplo. "Temos feito cirurgias mais desafiadoras e mais complexas em todas as áreas", afirma Rosito. O desenvolvimento de novos equipamentos e o melhor treinamento dos cirurgiões têm possibilitado esse avanço. Cirurgias que anteriormente não eram feitas por vídeo hoje podem ser feitas.

Nos seus 13 anos de formado, Rosito viu muitas mudanças na videocirurgia. Há mais aceitação. "A bariátrica, que eu faço, o inventor achava que seria impossível fazer por vídeo. E foi um brasileiro o primeiro a utilizar a vídeo...hoje conseguimos repetir uma cirurgia aberta por laparoscopia e há novas modalidades por orifícios naturais. Temos que estar atentos para as novas tecnologias".

Para o novo presidente esse é o papel da Sobracil: estimular todo e qualquer avanço, fazer um filtro e divulgar as técnicas a partir do momento que forem liberadas pelo CFM. "Há limites técnicos e morais que devemos observar", pondera. É um desafio para a gestão – que se consiga da normatização dos convênios o uso da videocirurgia.




**II Congresso Sul-americano de Videocirurgia**  
13 a 15 de outubro de 2011  
Hotel Serrano Resort GRAMADO | RS | BRASIL

**IV Congresso Sul-brasileiro de Videocirurgia**

**Maiores informações: [www.videocirurgia2011.com.br](http://www.videocirurgia2011.com.br) ou pelo fone (51)3028-3878**



# Sonhos e realidade em Gramado

Sonhar é a mola propulsora do ser vivo. Neste ano estamos sonhando por você, sócio da Sobracil RS, de Santa Catarina, Paraná e de todo o Brasil. Você que costuma participar da JACAD, você sócio da SOGIRGS, você urologista, proctologista, cirurgião geral, ginecologista, pediatra, cirurgião pediátrico; você que é médico independente da bandeira, residente ou acadêmico, ou você que gosta de ir a Gramado.



Sonhamos por um congresso que chamamos de SUL-AMERICANO E SUL-BRASILEIRO. Reserve esta data: 13,14 e 15 de Outubro de 2011.

Entre no nosso site: [www.videocirurgia2011.com.br](http://www.videocirurgia2011.com.br) ou [www.Sobracil-rs.org](http://www.Sobracil-rs.org) e faça já sua inscrição, envie seus trabalhos, dê sua sugestão. Temos certeza que será um con-

gresso que deixará saudades.

Você que é sócio da Sobracil pague sua anuidade e aproveite o desconto na inscrição. Estaremos levando conhecimento e experiência tanto a quem está iniciando na videocirurgia, bem como ao que já tem a experi-

ência da técnica.

Nossas equipes estão finalizando a temática e os nomes dos palestrantes. Com a parceria da CCM, temos certeza que transformaremos o Hotel Serrano num "burburin cultural" videolaparoscópico e você não vai querer estar de fora desta! Vai?

Enquanto sonho com a grandiosidade do evento espero seu contato e sua inscrição.

**Leo Francisco Limberger**  
Presidente do Congresso



**II Congresso Sul-americano de Videocirurgia**  
13 a 15 de outubro de 2011  
Hotel Serrano Resort GRAMADO | RS | BRASIL

**IV Congresso Sul-brasileiro de Videocirurgia**

13 a 15 de outubro de 2011

Hotel Serrano Resort GRAMADO | RS | BRASIL

29 de julho de 2011

Primeiro vencimento para inscrições com desconto! Aproveite!

01 de agosto de 2011

Data final para que você envie seu resumo!

Inscrição no Congresso sulamericano pelo site [www.videocirurgia2011.com.br](http://www.videocirurgia2011.com.br)

- Diretoria Biênio 2011-2012
- DIRETORIA EXECUTIVA**  
PRESIDENTE  
Dr. Rafael Scienza Rosito  
1º VICE-PRESIDENTE  
Dr. Roberto Osvaldo Pont Zambonato  
2º VICE-PRESIDENTE  
Dr. Leandro Totti Cavazzola  
1º SECRETÁRIO  
Dr. Dr. Gabriel Sebastião de Vargas  
2º SECRETÁRIO  
Dra. Raquel Dibí  
1º TESOUREIRO  
Dr. Paulo Ricardo Rossi Sityá  
2º TESOUREIRO  
Dr. Arthur Delgado Guglielmo
- CONSELHO FISCAL**  
TITULARES  
Dr. Luiz Alberto De Carli  
Dr. Artur Pacheco Seabra  
Dr. Leo Francisco Limberger  
SUPLENTE  
Dr. Nilton Jacinto da Rosa Alves  
Dr. Lionel Leitzke
- CONSELHO ADMINISTRATIVO**  
Coloproctologia Dr. Rui Takashi Koshimizu  
Cirurgia Geral Capital: Dr. Antonio Nocchi Kalil  
Interior: Dr. Roque Walter Duré
- Artroscopia** Dr. Jader Gus  
**Ginecológica** Dr. Carlos Isaia Filho  
Dr. Luciano Zogbi
- Neurológica** Dr. Luiz Carlos de Alencastro  
**Pediátrica** Dr. Lionel Leitzke  
**Cirurgia Plástica** Dr. Antônio Rosa Rezende  
**Cirurgia Torácica** Dr. André Germano dos Santos Leite
- Cirurgia Urológica** Dr. Morales (Passo Fundo)  
**Cirurgia Bariátrica** Dr. Cláudio Cora Mottin
- COMISSÃO CIENTÍFICA**  
CAPITAL  
Dr. Renato Souza da Silva  
Dra. Jaqueline Behrend Silva  
Dra. Doris Lazaroto Swarowsky  
INTERIOR  
Dra. Rita de Cássia ( Bento)  
Dr. Paulo Afonso Beltrame  
Dr. Glauco da Costa Alvarez  
Dr. Ubirata Gomes De Almeida
- COMITÊ PARA PESQUISA E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**  
Dra. Luciana Silveira Campos
- INTERNET/INFORMATIVO**  
Dr. Miguel Prestes Nâcul  
**COMISSÃO DE QUALIFICAÇÕES**  
Dra. Rosi Pereira Balbinotto  
Dr. Miguel Prestes Nâcul  
Dr. Paulo Cará
- SECRETARIA**  
Secretário: Sr. Eduardo Flores  
Fones: (51) 3388.6545  
E-mail: [sobracil-rs@sobracil-rs.com.br](mailto:sobracil-rs@sobracil-rs.com.br)  
Rua São Manoel, 456 conj. 201 CEP 90620-110

[www.socivers.com.br](http://www.socivers.com.br)

Sobracil-RS Informa

Produção Editorial  
Jor. Ana Barros Pinto  
Reg. Prof. MTB 4847/17/39

Diagramação/Editoração Eletrônica  
Vinicius Santos



Impressão  
????????????

Impresso  
em papel  
reciclado, 75gr.



# SOBRACIL-RS Informa

IMPRESSO

Informativo da Sociedade Brasileira de Videocirurgia-RS / Março 2011

## Acreditar nos associados foi a bandeira

A importância de uma Associação é medida pelos seus associados e não por seus diretores. Foi essa idéia que me tornou presidente da SOBRACIL-RS e não me abandonou nestes dois anos. Não foi fácil. Acreditar nos associados e emergi-los acima da diretoria foi a bandeira.

Primeiro fazer com que a Nacional e as entidades entendessem que a nossa Sociedade tem uma sede, um telefone, um endereço eletrônico e um secretário que se sobressai por sua eficiência. Um

presidente que despacha na sede e não no seu mundo particular. Refizemos e modernizamos nosso site para torná-lo do interesse dos sócios. Refizemos o Informativo, com papel reciclável, com custo significativamente menor em outra gráfica, escolhida por licitação, com qualidade superior, dando crédito as nossas notícias, aos nossos assuntos e menos às promoções de outras sociedades.

Continua na Página 2



**II Congresso Sul-americano de Videocirurgia**  
13 a 15 de outubro de 2011  
Hotel Serrano Resort GRAMADO | RS | BRASIL

**IV Congresso Sul-brasileiro de Videocirurgia**

**Anteça sua inscrição e aproveite os descontos.**  
[www.videocirurgia2011.com.br](http://www.videocirurgia2011.com.br)



### Novo presidente Rafael Rosito fala sobre desafios da gestão

Liderando a chapa eleita em assembléia geral, o cirurgião do Aparelho Digestivo Rafael Scienza Rosito aceitou o desafio de ser o presidente da Sobracil RS para contribuir no desenvolvimento da Sociedade. Ele sintetiza sua motivação de trabalho na gestão 2011-2012: "Aceitei porque sei que estou cercado de cirurgiões experientes e pessoas de caráter elevado que nos momentos oportunos estarão comigo para tomar as decisões corretas para a Sociedade." A eleição da diretoria gestão 2011-12 ocorreu no dia dois de dezembro de 2010. PÁGINA 5



Legenda

### Segurança em Cirurgia

O tema é destaque em todos os Congressos mundiais, muitas vezes como Conferência Master ou Palestra de Abertura. Por que este interesse crescente no mundo inteiro? Artigo de Artur Seabra.



EDITORIAL

# Acreditar nos associados foi a bandeira

Acreditar nos associados deu a SOB- BRACIL-RS o que ela ainda não havia vivenciado: programas científicos de padrões internacionais. Criamos o projeto Qualificar 2009, com eventos na capital e interior. Pela primeira vez Pelotas, Rio Grande e Novo Hamburgo tiveram a oportunidade de demonstrar os pólos culturais que efetivamente são. Santa Cruz do Sul integrou-se com a UNISC em seu tradicional evento. E Porto Alegre exibiu três excelentes eventos.

Fomos à UNIMED várias vezes defender nossos associados. Pela primeira vez a Sobracil integrou-se com acadêmicos e residentes de Medicina da PUC, Hospital Conceição, HCPA, ULBRA e UFCSPA.

Também pela primeira vez a firma organizadora do próximo congresso Sul-Americano e Sul- Brasileiro foi escolhida por licitação e, dentre várias propostas analisada por um colegiado da direção,

venceu a CCM Eventos.

Fechamos o ano com sete novos sócios e um total de 287 sócios. Melhoramos o ambiente de trabalho em nossa sede, dando-lhe novas cores e criando a galeria dos ex-presidentes. Convidamos a visitar-nos.

Um novo presidente foi votado pelo que demonstrou ao longo dos últimos anos. Sem nome de fachada, talvez, mas por suas qualidades integradoras e por seu cabedal ético e profissional, além de seu desempenho em videolaparoscopia.

Tenho certeza que nossa sociedade manterá seu ritmo de grandes feitos.

Enfim, agradeço a você, associado, que conviveu conosco e tornou a Sobracil melhor e mais de todos.

**Leo Francisco Limberger**  
Ex Presidente da Sobracil-RS  
Presidente do Congresso Sul- Americano e Sul- Brasileiro

AGENDA

**12º Congresso Regional de Videocirurgia - SOB-RACIL RJ**  
Data: 18 e 21 de maio de 2011  
Realização: SOB-RACIL - Capítulo RJ  
Local: Hotel Atlântico Búzios - Búzios - RJ  
E-mail: congresso@sobracilrj.com.br  
Home-page: www.sobracilrj.com.br/congresso

**Curso de Pós-Graduação em Ginecologia Minimamente Invasiva**  
**Módulo Histeroscopia Operatória**  
**Instituto de Ensino e Pesquisa - Hospital Sirio e Libanês - SP**  
Discussão da Teoria Baseada em Problemas (PBL)  
Treinamento em simuladores especialmente desenhados  
Cirurgias Histeroscópicas com participação dos alunos  
Informações: Secretaria acadêmica (11) 3155-1147 / 1148 / 1149  
E-mail: secretaria.iep@hsl.org.br

**Pós-Graduação “Lato Sensu” Videocirurgia Aplicada**  
**CETREX - Brasília - DF**  
Áreas Cirúrgicas: Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, Pediátrica, Bariátrica, Torácica, Coloproctologia, Ginecologia, Urologia  
Carga horária: 420 h/a  
Informações e inscrições : (61) 3214-0100 / 9112-0890

**Curso Básico de Cirurgia Laparoscópica do Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental**  
Prof. Dr. João Luiz de A. Carneiro - UFES - Vitória-ES  
Rua Des. Carlos X Paes Barreto, 12  
Vitória-ES CEP: 29065-330  
Tel: (27) 227-5116. Fax: (27) 225-4586

**Curso Básico de Videolaparoscopia da Sociedade de Cirurgiões do Aparelho Digestivo do Recife**  
Dr. Marco Cezário de Melo  
Rua Afonso Celso, 66/1501 - Parnamirim  
Recife-PE CEP: 52060-110  
Tel/Fax: (81) 445-4518

**Videoescopia Digestiva**  
**17º Treinamento em Endoscopia Diagnóstica**  
**11º Treinamento em Endoscopia Terapêutica**  
Coordenação: Luiz Henrique Sousa  
Local: Goiânia-GO - 2008/2009  
Tel: (62) 3241-0652 / 9679-3318  
E-mail: imersao@terra.com.br

**Pós-graduação Ginecologia Minimamente Invasiva**  
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais  
Coordenação: Prof Dr Walter Antônio Prata Pace  
Informações: (31) 3248-7186  
Home-page: www.especialistaensaude.com.br

**Pós-graduação Lato Sensu em Saúde - Cirurgia Minimamente Invasiva**  
Hospital Moínhos de Vento - Instituto de Educação e Pesquisa  
Coordenação: Dr. Orly Corleta, Dr. Miguel Nácul, Dr. Leandro Cavazzola e Dr. Artur Seabra  
Informações: (51) 3314-3690  
Home-page: www.hospitalmoinhos.org.br/pos  
E-mail: iep@hmv.org.br

## Gente

Vice-presidente da Região Sul da Sobracil Nacional, o **Dr. Artur Pacheco Seabra** assumiu a presidência da SOCIGERS, no ano dos seus 20 anos de existência (a Sociedade foi criada em 1991, a partir do antigo Departamento de Cirurgia Geral da Amrigs.)

**Dr. Gabriel Sebastião de Vargas** é o novo presidente da SBCBM-RS - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - Capítulo Rio Grande do Sul. Sua gestão é 2011-12.

**Dr. Mirandolino Batista Mariano** foi um dos dez novos cirurgiões a tomar posse como Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (TCBC). Foi o único gaúcho e único urologista a ser empossado na solenidade que ocorreu em dezembro de 2010, na sede do CBC, no Rio de Janeiro.

**II Congresso Sul-americano de Videocirurgia**  
**13 a 15 de outubro de 2011**  
**Hotel Serrano Resort GRAMADO | RS | BRASIL**

**IV Congresso Sul-brasileiro de Videocirurgia**

**Garanta desconto na inscrição pagando já a sua anuidade. Veja [www.sobracil-rs.org](http://www.sobracil-rs.org) ou ligue (51) 3388-6545 e informe-se.**

## Segurança em Cirurgia

Artur Seabra

*“In flying I have learned that carelessness and over confidence are usually far more dangerous than deliberately accepted risks.”*

**Wilbur Wright\* - September 1900**

Nos mais recentes congressos de cirurgia, em nível mundial, podemos perceber a presença quase constante do tema “Segurança em Cirurgia”, muitas vezes com destaque de Conferência *Master* ou Palestra de Abertura. Por que este interesse crescente no mundo inteiro?

Para entendermos esta preocupação, é necessário tomar conhecimento de alguns números. São realizadas, atualmente, 234 milhões de cirurgias em todo o mundo, cifra que supera o número de nascimentos anuais, segundo publicação do Lancet em 2006. Considerando uma taxa de complicações maiores de 3 a 7%, com mortalidade de 0,4 a 0,8% em países desenvolvidos, sendo 50% dos óbitos considerados evitáveis, chegamos ao total de algo entre 936.000 e 1.872.000 mortes ao ano, metade evitáveis. E foi justamente a magnitude destes números que chamou a atenção da Organização Mundial da Saúde.

Partindo do aforismo de que “Errar é humano”, devemos desencadear um processo com uma série de etapas de controle que nos permitam fazer com que o eventual erro não se expresse em dano ao paciente ou que, se o dano ocorrer, que suas conseqüências sejam minimizadas dentro do possível.

Herbert William Henrich, engenheiro industrial americano, desenvolveu na década de 30 do século passado, com suporte da teoria da Segurança Baseada no Comportamento e tendo revisado milhares de relatos de acidentes ocorridos na indústria, o hoje chamado Triângulo de Henrich, que diz que para cada acidente que cause um dano maior, ocorrem 29 acidentes com pequenos danos e 330 acidentes, ou incidentes, sem ocorrência de dano. No estudo das causas dos acidentes, a análise de diversos casos gera mais informações do que a avaliação de caso isolado, o que nos permite conhecer de modo mais preciso a natureza dos eventos geradores de falha. Conhecendo a natureza destes incidentes, podemos desenvolver mecanismos de segurança que permitam reduzir sua ocorrência, reduzindo, conseqüentemente, os danos infletidos aos pacientes.

A Joint Commission norte-americana, entidade acreditadora de hospitais, identi-

cou 6923 eventos sentinela no período entre Janeiro de 1995 e Junho de 2010, dos quais 921 cirurgias em partes ou pacientes errados, 749 complicações em cirurgias e 102 eventos relacionados com anestesia (<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>), todos em hospitais americanos acreditados pela Instituição, o que pressupõe hospitais com protocolos estabelecidos para assistência, com ênfase em segurança e Palestra de Abertura. Foi identificada como causa mais freqüente “falha de comunicação”, presente em cerca de 65% dos eventos. Falta de treinamento inicial de membros da equipe e problemas na avaliação do paciente estiveram também presentes em 55 e 42% das situações adversas, respectivamente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada 4 pacientes cirúrgicos internados, pelo menos 1 sofre alguma complicação no pós-operatório, quase 50% de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados estão relacionados à assistência cirúrgica, a taxa de mortalidade relatada após cirurgia varia de 0,4 a 0,8% em países desenvolvidos e de 5 a 10% em países em desenvolvimento. Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 1 em 50.000–100.000 procedimentos nos Estados Unidos, o equivalente a 1.500–2.500 incidentes por ano. Em 2005, uma análise de 126 casos de cirurgias em sítio errado ou paciente errado revelou que 76% foram realizados no local errado,

13% no paciente errado e 11% envolveram o procedimento errado. A estimativa é que 7 milhões de pacientes cirúrgicos sofrem complicações significativas a cada ano, 1 milhão dos quais chega ao óbito durante ou imediatamente após a cirurgia. Nos casos em que o processo cirúrgico levou a lesões, pelo menos metade delas era evitável. Princípios conhecidos para promover segurança em cirurgias, como a antibioticoterapia profilática, são aplicados de maneira inconsistente.

De posse destes dados, a OMS criou durante a 57ª Assembléia Mundial da Saúde, 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de estabelecer normas e práticas de segurança do paciente, na forma de ações organizadas em campanhas chamadas “Desafios Globais para a Segurança do Paciente”. A primeira campanha, nos anos 2005-2006, foi de combate à infecção relacionada à assistência à saúde, com cinco pontos de trabalho estabelecidos:

1. higienização das mãos;
2. procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros;
3. segurança do sangue e de hemoderivados;
4. administração segura de injetáveis e de imunobiológicos;
5. segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos.

Para o biênio 2007-2008, o Desafio estabelecido foi de “segurança da assistência cirúrgica”, com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade na assistência cirúrgica

**Table 4. Selected Process Measures before and after Checklist implementation, according to Site\***

Site No.	No. of Patients Evaluated		Objective Airway Evaluation Performed (N=7485)		Pulse Oximeter Used (N=7485)		Two Personnel or One Central IV Catheter Present at Incision When 80% ±50E of (N=951)		Prophylactic Antibiotics Given Appropriately (N=4852)		Oral Confirmation of Patient's Identity and Operative Site (N=7485)		Sponge Count Completed (N=7372)		All Six Safety Indicators Performed (N=7485)	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
1	524	328	97.0	95.5	100.0	100.0	57.7	83.6	96.1	94.9	100.0	100.0	98.9	100.0	94.3	94.2
2	357	351	72.0	75.8	97.3	98.6	78.8	81.3	56.9	76.9	95	97.2	100.0	100.0	3.6	53.3
3	437	456	74.7	65.3	98.6	100.0	83.8	87.5	83.8	87.7	47.1	90.1	97.8	96.8	30.8	51.0
4	520	545	94.6	95.8	100.0	100.0	64.7	88.6	82.0	81.8	98.9	97.6	97.3	99.1	47.1	63.7
5	370	330	6.2	0.0	68.9	81.2	7.6	2.7	39.8	94.2	0.0	86.1	0.0	82.4	0.0	0.0
6	496	476	46.2	56.3	76.4	83.0	49.2	57.9	25.4	50.6	23.8	44.9	99.4	99.4	1.4	18.1
7	525	585	97.3	99.7	99.4	100.0	32.0	100.0	42.5	91.7	98.9	100.0	100.0	100.0	46.7	92.1
8	444	584	65	94.0	99.3	99.5	68.8	57.1	18.2	77.6	16.4	98.8	41.3	70.0	0.0	51.7
Total	3793	3953	64.0	77.2	93.6	96.8	58.1	63.2	56.1	82.6	54.4	92.3	84.6	94.9	34.2	54.7
P value			<0.001		<0.001		0.32		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	

\* Prophylactic antibiotics were considered to be indicated for all cases in which an incision was made through an unsterile-draped field and appropriately administered when given within 60 minutes before an incision was made. Sponge counts were considered to be indicated in all cases in which an incision was made. P values are shown for the comparison of the final values before and after checklist implementation, calculated by means of the chi-square test. EBL denotes estimated blood loss, and IV intravenous.

ca em todo o mundo. Os pontos de atuação definidos foram:

1. prevenção de infecções de sítio cirúrgico;
2. anestesia segura;
3. equípies cirúrgicas seguras;
4. indicadores da assistência cirúrgica.

Como parte desta campanha, a partir dos conceitos de segurança aplicados em aviação, onde uma série de detalhes fundamentais são checados de maneira protocolar antes de cada partida ou aterrissagem de aeronave, a OMS estabeleceu um *checklist* a ser efetuado a cada início de procedimento cirúrgico nos hospitais ao redor do mundo. Partindo do pressuposto de que geralmente fazemos as coisas corretamente na maioria dos pacientes, na maior parte do tempo, o *checklist* visa auxiliar a fazer todas as coisas corretas, para todos os pacientes, durante todo o tempo.

Este *checklist* foi aplicado experimentalmente em 8 hospitais das mais diversas características, em distintos locais do globo, Toronto (Canadá), Londres (Inglaterra), Amman (Jordânia), Seattle (EUA), Manila (Filipinas), Ifakara (Tanzânia), Auckland (Nova Zelândia) e Nova Delhi (Índia), durante 1 ano, com a posterior coleta de dados, que comparados ao período *pré-checklist*, obtiveram resultados significativos, alguns dos quais no quadro abaixo:

Em resumo, a aplicação do *checklist* trouxe a diminuição de complicações maiores de 11,7 para 6,8% e a incidência de óbitos caiu de 2,15% para 0,6%, diminuição de mais de 30% em mortalidade (NEJM, 2009).

Estes dados publicados em Janeiro 2009, no NEJM, justificam plenamente a aplicação de normas de segurança como o *checklist* da OMS ou algum outro formato que se queira dar, através da customização do questionário adaptado à realidade de cada local de trabalho. A marcação do lado da cirurgia, quando se aplica, bem como o esta identificação de eventuais alergias, previsão de sangramento maior que 500 ml, previsão de dificuldade ao acessar a via aérea e o bom funciona-

mento das ferramentas de monitoramento das funções vitais devem ser contemplados na checagem peri-operatória.

De Vries e colaboradores publicaram em novembro de 2010 um interessante trabalho que partiu do desenvolvimento de padrão próprio de *checklist* e sua implantação em 6 hospitais holandeses com altos padrões de cuidados assistenciais. A linha de base de complicações foi coletada durante 3 meses nestes 6 hospitais e em 5 outros de grupo controle. O processo de implantação do *checklist* foi gradativo, tendo sido completado no período entre 3 e 6 meses, quando novamente os dados de complicações foram coletados. Os resultados mostraram uma queda significativa nos parâmetros esperados, como taxa de infecção de ferida operatória, complicações respiratórias, etc, mas chamou à atenção a queda na incidência de complicações como fistulas/vazamentos de anastomose e na ocorrência de sangramento cirúrgico, fatos que independem da atenção à lateralidade da patologia do paciente, do uso correto de antibioticoprofilaxia ou de algum outro parâmetro controlado pelos diversos modelos de questionário e de *time out* propostos. Isto nos permite crer que a realização de procedimentos de segurança na sala cirúrgica traz um aumento global na atenção da equipe ao procedimento e ao paciente, podendo também repercutir uma melhora na performance cirúrgica do grupo, possivelmente pela diminuição de focos de “distração” do time cirúrgico, o que pode significar que sistemas de segurança aplicados trazem não só benefícios diretos, mas também indiretos tão importantes quanto os inicialmente buscados.

Está claro que os cuidados com a segurança em cirurgia estão estabelecidos e devem ser observados com rigor crescente. O objetivo é proteger os pacientes, mas esta preocupação acaba também por proteger, de alguma forma, o sistema de assistência à saúde, as Instituições e os cirurgiões e suas

\*Co-inventor do primeiro aparelho voador controlado, mais pesado que o ar, reconhecido pela Fédération Aéronautique Internationale