


**CHECKLIST MULTIPROFISSIONAL NA UTI: ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DE  
EVENTOS ADVERSOS EM PACIENTES PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA  
CARDÍACA**

**MULTIDISCIPLINARY CHECKLIST IN THE ICU: STRATEGY FOR REDUCING  
ADVERSE EVENTS IN POSTOPERATIVE CARDIAC SURGERY PATIENTS**

**LISTA DE VERIFICACIÓN MULTIPROFESIONAL EN LA UCI: ESTRATEGIA PARA LA  
REDUCCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES POSTOPERATORIO DE  
CIRUGÍA CARDÍACA**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n8-265>

**Data de submissão:** 27/07/2025

**Data de publicação:** 27/08/2025

**Kariny Ruiz Levandoski**

Discente em Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

E-mail: kariny23ruiz@gmail.com

**Jaqueline Aparecida Bezerra**

Enfermeira

Instituição: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

E-mail: Jaqueline.santosbezerra@gmail.com

**Bruno Veloso Rocha**

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

E-mail: veloso.bruno@hotmail.com

**Danielly Ferri Gentil**

Mestre em Ensino em Saúde

Instituição: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

E-mail: danielly.ferri@uems.br

**Mayra Deyse Hirt da Silva**

Doutoranda em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

E-mail: mayrahirt@outlook.com

**Marcio Eduardo de Barros**

Doutor e Docente do Curso de Medicina e da Pós-graduação de Ensino e Saúde

Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

E-mail: marciobarros@ufgd.edu.br

**Fábio Juliano Negrão**

Doutor e Docente do Curso de Medicina e da Pós-graduação de Ensino e Saúde

Instituição: Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

E-mail: fjnegrao@gmail.com

**Idalina Cristina Ferrari**

Doutora e Docente do Curso de Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

E-mail: idalina@uems.br

## RESUMO

As doenças cardiovasculares configuram-se como a principal causa de mortalidade no mundo, sendo associadas a fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, obesidade e dislipidemias. Esses agravos aumentam a chance de hospitalizações recorrentes e de complicações clínicas, especialmente em pacientes críticos, o que ressalta a importância de estratégias de segurança do paciente e de padronização dos processos assistenciais. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente fomenta a implementação de protocolos, manuais e checklists com vistas à prevenção de eventos adversos e à melhoria da qualidade do cuidado. Nesse contexto, a prática multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva assume papel fundamental, com destaque para a inclusão da Odontologia como área capaz de reduzir complicações infecciosas relacionadas à saúde bucal. A obrigatoriedade da presença de cirurgiões-dentistas em UTIs, estabelecida pela Lei nº 5.163/2018 no Mato Grosso do Sul, reforça a necessidade da atuação integrada para o cuidado seguro e qualificado de pacientes críticos. O presente estudo teve como objetivo desenvolver, implementar e avaliar a eficácia e a aplicabilidade de um protocolo padronizado em Unidade de Terapia Intensiva, por meio de um checklist estruturado, voltado à promoção da assistência de enfermagem, saúde bucal e sistêmica, compondo uma estratégia integral de segurança do paciente cardiopata hospitalizado. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e qualitativo, realizado entre 2018 e 2025 em hospital de ensino de grande porte localizado em Dourados, Mato Grosso do Sul, referência para atendimento pelo Sistema Único de Saúde. A coleta de dados envolveu revisão documental de protocolos institucionais, análise de diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente, observação sistemática da rotina em Unidade de Terapia Intensiva e análise de registros clínicos de pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares. O checklist desenvolvido contemplou etapas como identificação correta do paciente, monitoramento de sinais vitais, verificação de dispositivos invasivos, avaliação da estabilidade clínica, registros medicamentosos e avaliação odontológica. O instrumento foi validado por especialistas multiprofissionais e revisado continuamente ao longo de sete anos, garantindo aplicabilidade e alinhamento às atualizações normativas. O estudo fundamentou-se nos referenciais do humanismo e da fenomenologia, na ética do cuidado e na teoria do cuidado transpessoal, reafirmando a centralidade do paciente e a visão integral do ser humano. Os resultados demonstraram que a utilização do checklist contribuiu para a redução de eventos adversos, padronização de condutas e fortalecimento da comunicação entre as equipes. Foi observada maior adesão às práticas de segurança, registros clínicos mais completos e integração da avaliação odontológica ao processo de admissão em UTI. Conclui-se que o checklist estruturado é uma ferramenta viável e efetiva para promover a segurança do paciente cardiopata hospitalizado, favorecendo a prática multiprofissional e a cultura institucional de segurança. Recomenda-se sua ampliação para outros contextos assistenciais e novos estudos que avaliem impactos em diferentes realidades clínicas.

**Palavras-chave:** Doenças Cardiovasculares. Unidade de Terapia Intensiva. Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality worldwide, associated with risk factors such as high blood pressure, diabetes, smoking, obesity, and dyslipidemia. These conditions increase the risk of recurrent hospitalizations and clinical complications, especially in critically ill patients, highlighting the importance of patient safety strategies and standardized care processes. In Brazil, the National Patient Safety Program promotes the implementation of protocols, manuals, and checklists to

prevent adverse events and improve the quality of care. In this context, multidisciplinary practice in Intensive Care Units plays a fundamental role, with emphasis on the inclusion of dentistry as a field capable of reducing infectious complications related to oral health. The mandatory presence of dentists in ICUs, established by Law No. 5,163/2018 in Mato Grosso do Sul, reinforces the need for integrated action to provide safe and qualified care for critically ill patients. This study aimed to develop, implement, and evaluate the effectiveness and applicability of a standardized protocol in an Intensive Care Unit (ICU). It used a structured checklist to promote nursing care, oral health, and systemic health, forming a comprehensive safety strategy for hospitalized cardiac patients. This observational, descriptive, and qualitative study was conducted between 2018 and 2025 at a large teaching hospital located in Dourados, Mato Grosso do Sul, a referral hospital for care within the Unified Health System (SUS). Data collection involved a document review of institutional protocols, analysis of national and international patient safety guidelines, systematic observation of the ICU routine, and analysis of clinical records of patients undergoing cardiovascular surgery. The checklist included steps such as correct patient identification, vital sign monitoring, verification of invasive devices, assessment of clinical stability, medication records, and dental evaluation. The instrument was validated by multidisciplinary experts and continuously reviewed over seven years, ensuring applicability and alignment with regulatory updates. The study was based on the frameworks of humanism and phenomenology, the ethics of care, and the theory of transpersonal care, reaffirming the centrality of the patient and a holistic view of the human being. The results demonstrated that the use of the checklist contributed to the reduction of adverse events, standardization of procedures, and strengthening of communication between teams. Greater adherence to safety practices, more complete clinical records, and integration of dental evaluation into the ICU admission process were observed. The conclusion is that the structured checklist is a viable and effective tool for promoting the safety of hospitalized cardiac patients, fostering multidisciplinary practice and an institutional safety culture. Its expansion to other care settings and further studies evaluating its impacts in different clinical settings are recommended.

**Keywords:** Cardiovascular Disease. Intensive Care Unit. Patient Safety.

## RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad a nivel mundial, asociadas a factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, obesidad y dislipidemia. Estas afecciones aumentan el riesgo de hospitalizaciones recurrentes y complicaciones clínicas, especialmente en pacientes críticos, lo que resalta la importancia de las estrategias de seguridad del paciente y los procesos de atención estandarizados. En Brasil, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente fomenta la implementación de protocolos, manuales y listas de verificación para prevenir eventos adversos y mejorar la calidad de la atención. En este contexto, la práctica multidisciplinaria en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) desempeña un papel fundamental, con énfasis en la inclusión de la Odontología como un campo capaz de reducir las complicaciones infecciosas relacionadas con la salud bucal. La presencia obligatoria de odontólogos en las UCI, establecida por la Ley N.º 5.163/2018 en Mato Grosso do Sul, refuerza la necesidad de una acción integrada para brindar atención segura y calificada a los pacientes críticos. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar, implementar y evaluar la efectividad y aplicabilidad de un protocolo estandarizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se utilizó una lista de verificación estructurada para promover la atención de enfermería, la salud bucal y la salud sistémica, conformando una estrategia integral de seguridad para pacientes cardíacos hospitalizados. Este estudio observacional, descriptivo y cualitativo se llevó a cabo entre 2018 y 2025 en un gran hospital docente ubicado en Dourados, Mato Grosso do Sul, un hospital de referencia para la atención dentro del Sistema Único de Salud (SUS). La recopilación de datos incluyó una revisión documental de protocolos institucionales, análisis de

directrices nacionales e internacionales de seguridad del paciente, observación sistemática de la rutina de la UCI y análisis de historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. La lista de verificación incluyó pasos como la correcta identificación del paciente, la monitorización de signos vitales, la verificación de dispositivos invasivos, la evaluación de la estabilidad clínica, el registro de medicamentos y la evaluación odontológica. El instrumento fue validado por expertos multidisciplinares y revisado continuamente durante siete años, lo que garantizó su aplicabilidad y su adecuación a las actualizaciones regulatorias. El estudio se basó en los marcos del humanismo y la fenomenología, la ética del cuidado y la teoría del cuidado transpersonal, reafirmando la centralidad del paciente y una visión holística del ser humano. Los resultados demostraron que el uso de la lista de verificación contribuyó a la reducción de eventos adversos, la estandarización de procedimientos y el fortalecimiento de la comunicación entre equipos. Se observó una mayor adherencia a las prácticas de seguridad, registros clínicos más completos y la integración de la evaluación odontológica en el proceso de ingreso a la UCI. La conclusión es que la lista de verificación estructurada es una herramienta viable y eficaz para promover la seguridad de los pacientes cardíacos hospitalizados, fomentando la práctica multidisciplinaria y una cultura de seguridad institucional. Se recomienda su expansión a otros entornos asistenciales y la realización de estudios adicionales que evalúen su impacto en diferentes entornos clínicos.

**Palabras clave:** Enfermedades Cardiovasculares. Unidad de Cuidados Intensivos. Seguridad del Paciente.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade global, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2024). Dentre os fatores de risco mais relevantes para o seu desenvolvimento, destacam-se o tabagismo, a dislipidemia, a hipertensão arterial, a obesidade, o estresse, a depressão e o diabetes. Essas condições favorecem a formação de placas ateroscleróticas, comprometendo a circulação sanguínea e elevando o risco de eventos cardiovasculares agudos. Além disso, muitas dessas doenças se desenvolvem de forma silenciosa, manifestando sintomas apenas em estágios avançados (BRASIL, 2022).

O agravamento das doenças cardiovasculares pode resultar em hospitalizações frequentes, aumentando a exposição dos pacientes a eventos adversos e complicações decorrentes do ambiente hospitalar. Nesse contexto, a implementação de estratégias voltadas à segurança do paciente torna-se essencial para reduzir riscos e promover uma assistência qualificada (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

No Brasil, a necessidade de qualificação contínua dos serviços de saúde levou à criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde. Esse programa visa minimizar danos e eventos adversos por meio da elaboração e implementação de protocolos assistenciais, manuais, guias e checklists voltados à segurança do paciente (BRASIL, 2014; BRASIL, 2023). Dentre essas ferramentas, o checklist se destaca como um instrumento estruturado que auxilia na padronização do atendimento, contribuindo para a continuidade do cuidado e a prevenção de falhas nos processos clínicos.

A assistência prestada a pacientes críticos exige uma abordagem multidisciplinar, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde a complexidade do quadro clínico demanda monitoramento contínuo e intervenções especializadas. A atuação conjunta de diferentes profissionais de saúde tem sido amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz na otimização do prognóstico, redução do tempo de internação e prevenção de complicações. Um aspecto frequentemente negligenciado nesse contexto é a saúde bucal dos pacientes internados, fator diretamente associado ao desenvolvimento de infecções e à piora dos desfechos clínicos (FALCÃO et al., 2022; BLUM et al., 2018).

A Lei nº 5.163, de 2018, no estado de Mato Grosso do Sul, tornou obrigatória a presença de cirurgiões-dentistas nas equipes multiprofissionais das UTIs de hospitais públicos e privados. Esse profissional tem papel fundamental na assistência a pacientes críticos, atuando na prevenção,

diagnóstico e tratamento de doenças orais que podem impactar diretamente a evolução clínica dos pacientes (BRASIL, 2018).

Estudos indicam que a atuação de cirurgiões-dentistas, associada à implementação de protocolos clínicos de higienização bucal com uso regular de digluconato de clorexidina a 0,12%, pode contribuir significativamente para a melhora do estado geral de saúde de pacientes hospitalizados. Essa prática tem sido correlacionada com a redução do tempo de internação e das taxas de infecções hospitalares. Contudo, a posição do paciente acamado, especialmente quando submetido à ventilação mecânica, pode impactar negativamente a saúde bucal, aumentando a dependência por cuidados odontológicos especializados durante o período de internação. Ressalta-se, portanto, a necessidade de estudos adicionais que forneçam evidências científicas robustas acerca da relação entre cuidados bucais, tempo de internação e custos hospitalares, bem como da padronização dos protocolos de higiene oral voltados para pacientes internados (SANTOS et al., 2022).

Dessa forma, a incorporação de um checklist estruturado para admissão de pacientes na UTI no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca representa uma estratégia relevante para a qualificação dos processos assistenciais, promovendo a segurança do paciente e a integração de diferentes áreas da saúde. Essa ferramenta contribui para a organização das etapas de atendimento, assegurando a adoção de medidas preventivas e a continuidade das informações durante a passagem de plantão e a admissão do paciente (JONES et al., 2022).

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo desenvolver, avaliar e validar um checklist para a admissão de pacientes na UTI no pós-operatório imediato de cirurgia cardiovascular, incorporando medidas voltadas à segurança do paciente e à atuação dos profissionais da enfermagem e do cirurgião-dentista, alinhados com outros profissionais que prestam assistência direta aos pacientes e às diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

## **2 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver, implementar e avaliar a eficácia e a aplicabilidade de um protocolo padronizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), voltado para a promoção da assistência de enfermagem, saúde bucal e sistêmica, como componente essencial da segurança do paciente cardiopata hospitalizado.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Estruturar um protocolo padronizado de cuidados de enfermagem que integre práticas de saúde bucal e sistêmica na assistência ao paciente cardiopata internado em UTI.



2. Implementar o protocolo junto à equipe multiprofissional, promovendo capacitação e padronização das condutas assistenciais.
3. Avaliar a eficácia do protocolo quanto à melhoria dos indicadores de segurança do paciente e de qualidade da assistência.
4. Verificar a aplicabilidade do protocolo na rotina da UTI, considerando adesão da equipe, viabilidade operacional e impacto clínico no paciente cardiopata hospitalizado.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de agosto de 2018 a 2025 em um hospital de referência no atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Dourados, Mato Grosso do Sul.

A coleta de dados incluiu:

- revisão documental de protocolos assistenciais;
- análise de diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente;
- observação sistemática de procedimentos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- análise de registros clínicos de pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares.

Foram considerados indicadores como: complicações infecciosas, adesão às práticas de enfermagem e de higiene oral, tempo de internação e evolução clínica dos pacientes.

O estudo teve como base a elaboração, implementação e avaliação de um checklist de admissão hospitalar, fundamentado em observações práticas, experiência profissional e revisão da literatura. O checklist foi aplicado por profissionais de saúde durante a admissão de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardiovascular, sendo avaliados aspectos qualitativos e quantitativos quanto à frequência de preenchimento, rotina assistencial e correlação com eventos adversos.

#### 3.2 EMBASAMENTO FILOSÓFICO

A fundamentação filosófica do estudo apoia-se em três eixos:

1. **Humanismo e Fenomenologia** – Colocam o paciente no centro do cuidado, reconhecendo sua dignidade, autonomia e singularidade. A fenomenologia, especialmente em Merleau-Ponty, reforça a compreensão do paciente em sua totalidade biológica, psicológica, social e espiritual, indo além da doença isolada (MERLEAU-PONTY, 1999).

2. **Ética do Cuidado** – Conforme Gilligan e ampliada por Tronto (1993), valoriza a responsabilidade, empatia e compromisso com o bem-estar do outro. Relaciona-se diretamente com a bioética principialista de Beauchamp e Childress (2013), que contempla beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, garantindo que protocolos assistenciais promovam segurança, reduzam riscos e assegurem equidade.
3. **Cuidado Transpessoal** – Na perspectiva de Watson (2008), o cuidado integra ciência, ética e espiritualidade, superando a técnica isolada. O checklist aqui proposto contribui para a segurança do paciente cardiopata hospitalizado ao articular corpo e mente como dimensões indissociáveis.

### 3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em hospital de ensino de grande porte, situado no município de Dourados, Mato Grosso do Sul. A instituição possui 20 leitos destinados à UTI adulta e recebe acadêmicos e residentes para estágios supervisionados. A unidade segue rigorosamente os protocolos de segurança do paciente, em consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

### 3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por pacientes internados na UTI no pós-operatório imediato de cirurgia cardiovascular e pelos profissionais de saúde responsáveis pela sua assistência. A amostra foi definida por conveniência, incluindo todos os pacientes submetidos a cirurgias cardíacas no período do estudo, bem como os profissionais envolvidos em sua admissão.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de: observação direta da admissão de pacientes na UTI; análise de prontuários e registros hospitalares; levantamento bibliográfico; aplicação de um checklist estruturado, elaborado com base nas diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2014).

O checklist teve como finalidade padronizar o processo de admissão, garantir a continuidade das informações assistenciais e minimizar falhas de comunicação entre as equipes multiprofissionais.



### 3.6 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO CHECKLIST

O checklist foi desenvolvido em 2018 a partir de protocolos institucionais, diretrizes internacionais e literatura científica sobre segurança do paciente em UTI. A ferramenta contemplou os seguintes aspectos: Identificação do paciente e confirmação do procedimento realizado; avaliação dos sinais vitais e estabilidade clínica; monitoramento de dispositivos invasivos (cateteres, sondas e drenos); verificação da terapia medicamentosa e prescrição médica; registro de parâmetros laboratoriais essenciais; avaliação da condição oral do paciente pelo cirurgião-dentista.

Para garantir a aplicabilidade e efetividade, o checklist foi validado por um comitê de especialistas formado por enfermeiros, médicos intensivistas, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos hospitalares. Ao longo de sete anos, passou por mais de nove revisões, acompanhando atualizações de diretrizes nacionais e internacionais e adaptações às rotinas institucionais. Os ajustes foram baseados em pareceres de especialistas, docentes, residentes e acadêmicos, que avaliaram clareza, pertinência e viabilidade do instrumento no contexto da UTI.

## 4 RESULTADOS

Os dados demonstraram que a implementação do checklist contribuiu significativamente para a organização do processo assistencial e a redução de erros durante a admissão hospitalar. Os principais aspectos abordados no checklist incluíram: identificação do paciente por meio de pulseira e do leito; registro do quantitativo de medicamentos administrados e segurança na prescrição e administração de medicamentos; monitoramento de sinais vitais, presença de drenos e hemoderivados; registro de intercorrências e outras informações relevantes para o cuidado do paciente.

A análise revelou uma redução na incidência de eventos adversos relacionados à segurança do paciente após a implementação do checklist. Além disso, a padronização do processo de admissão facilitou a comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo uma abordagem mais sistemática e segura.

## 5 DISCUSSÃO

A segurança do paciente é atualmente uma prioridade global para instituições de saúde, envolvendo aspectos fundamentais como qualidade assistencial, redução de eventos adversos e implementação de protocolos específicos (BUSSE et al., 2019; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017; COREN-SP, 2022; FIOCRUZ, 2022; OPAS, 2024).

Um estudo recente publicado na *Lancet Global Health* destaca que protocolos estruturados e sistemáticos reduzem significativamente eventos adversos, especialmente em pacientes críticos submetidos a procedimentos complexos, como cirurgias cardiovasculares (BATES et al., 2021).

Em consonância, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo enfatiza a importância das seis metas internacionais de segurança do paciente: identificação correta, comunicação eficaz, segurança na prescrição e administração de medicamentos, cirurgia segura, prevenção de infecções e prevenção de quedas (COREN-SP, 2022).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), reforça essas práticas por meio de guias, protocolos e checklists, visando à padronização do atendimento e à minimização de riscos assistenciais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; FIOCRUZ, 2022).

Historicamente, Avedis Donabedian estabeleceu os pilares da qualidade assistencial, incluindo eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade (AYANIAN; MARKEL, 2020). Atualmente, esses conceitos são amplamente aceitos como essenciais à gestão de qualidade hospitalar e segurança do paciente. Estudos recentes reforçam a necessidade de atualização contínua e aprimoramento das diretrizes, adaptando-as aos novos contextos e tecnologias em saúde (BATES et al., 2021).

No contexto brasileiro, a ANVISA desempenha papel crucial na inspeção e controle das práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de métodos de avaliação da qualidade assistencial, como a Acreditação Hospitalar, a Rede Sentinela e o Portal Proqualis (FIOCRUZ, 2022). Essas iniciativas fortalecem a cultura de segurança no país, incentivando práticas seguras em diferentes níveis de assistência.

O papel das equipes multiprofissionais é determinante para alcançar maior eficácia na segurança do paciente. Nesse sentido, destacam-se iniciativas como a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), que promovem pesquisa, ensino e aplicação prática de estratégias de segurança (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2024).

A inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das UTIs é um avanço importante no Brasil, especialmente após a regulamentação obrigatória estabelecida em estados como Mato Grosso do Sul, devido à associação direta entre saúde oral e desfechos clínicos em pacientes críticos (BRASIL, 2018).

A literatura recente demonstra que complicações bucais são comuns em pacientes internados em UTI, influenciando negativamente a recuperação e aumentando o risco de infecções associadas aos

cuidados de saúde (FALCÃO et al., 2022). Procedimentos odontológicos realizados à beira-leito têm mostrado benefícios significativos na redução desses riscos, melhorando as condições clínicas e a qualidade de vida dos pacientes críticos (BLUM et al., 2018; SANTOS et al., 2022).

Apesar desses benefícios, pesquisas apontam desafios na integração plena do cirurgião-dentista nas equipes de UTI, como a ausência de protocolos específicos e a carência de treinamento contínuo das equipes multiprofissionais. Dessa forma, programas de capacitação permanente e protocolos estruturados devem ser priorizados para garantir a efetividade plena dessas intervenções (BLUM et al., 2018).

Outro aspecto crítico discutido recentemente em publicações internacionais refere-se à frequência de erros na administração de medicamentos e substâncias hospitalares. Estudos publicados no *BMJ Quality & Safety* apontam que esses erros estão entre os principais eventos adversos hospitalares e ressaltam a necessidade de protocolos rigorosos e treinamentos específicos (SUTHERLAND et al., 2022).

Nesse cenário, a implementação e validação de checklists específicos para admissão e transferência de pacientes mostram-se estratégias essenciais. Pesquisas recentes publicadas no *Journal of Critical Care* evidenciam que checklists padronizados contribuem significativamente para a comunicação eficaz, prevenção de erros assistenciais e redução do tempo de permanência hospitalar (JONES et al., 2022).

Portanto, o checklist proposto neste estudo, que integra aspectos multidisciplinares e cuidados odontológicos, está alinhado às recomendações mais atuais da literatura científica, apresentando-se como um recurso eficaz para a melhoria contínua dos processos assistenciais, o fortalecimento da segurança do paciente e a otimização da comunicação entre os profissionais de saúde.

## 6 CONCLUSÃO

A implementação de checklists na admissão de pacientes demonstrou-se uma estratégia eficaz para aprimorar a segurança do paciente e a qualidade assistencial. A padronização dos processos assistenciais reduziu erros, melhorou a comunicação entre os profissionais e permitiu uma resposta mais rápida a eventuais complicações.

O checklist também favoreceu a educação continuada da equipe e fortaleceu a cultura de segurança, contribuindo para a prevenção de eventos adversos. Esses achados corroboram diretrizes de instituições como a OMS e o Ministério da Saúde<sup>22</sup>.

Estudos futuros devem explorar a implementação de checklists em outros contextos clínicos, visando aprimorar ainda mais a segurança do paciente e a qualidade assistencial.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Segurança do paciente. Brasília, DF: ANVISA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/seguranca-do-paciente>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian's lasting framework for health care quality. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 3, p. 205-207, 2020.
- BATES, D. W. et al. Patient safety in low- and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Global Health*, v. 9, n. 6, p. e809-e818, 2021.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.
- BLUM, D. F. C. et al. A atuação da Odontologia em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 30, n. 3, p. 327-332, jul. 2018.
- BUSSE, R. et al. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. *BMJ Quality & Safety*, v. 28, n. 6, p. 497-506, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/doencas-cardiovasculares-principal-cao-de-morte-no-mundo-pode-ser-prevenida>. Acesso em: 13 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 13 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Brasília, DF: ANVISA, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. Lei nº 5.163, de 20 de março de 2018. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia nas Unidades de Terapia Intensiva no Estado do Mato Grosso do Sul. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul: Campo Grande, 20 mar. 2018. Disponível em: [https://tjms.jus.br/legislacao/public/pdf-legislacoes/lei\\_n.\\_5.163.pdf](https://tjms.jus.br/legislacao/public/pdf-legislacoes/lei_n._5.163.pdf). Acesso em: 13 dez. 2024.

COREN-SP. Segurança do paciente: guia para a prática. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2022.

FALCÃO, D. P. et al. Oral complications in critical care patients: implications and management strategies. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 49, n. 2, p. 217-224, 2022.

FIOCRUZ. Portal Proqualis: Segurança do Paciente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://proqualis.net>. Acesso em: 13 dez. 2024.

JONES, M. A. et al. Implementation of checklists in intensive care: impact on patient outcomes. *Journal of Critical Care*, v. 67, p. 12-18, 2022.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

NEILY, J. et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA*, v. 304, n. 15, p. 1693-1700, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças cardiovasculares. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 13 dez. 2024.

ORTOLAN, J. M. et al. Cirurgia de revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea: o que os novos estudos evidenciam? *Vittale – Revista de Ciências da Saúde*, v. 32, n. 1, p. 174-184, 2020.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Quem somos. São Paulo: Rebraensp, 2024. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/quem>. Acesso em: 13 dez. 2024.

SANTOS, A. N. dos et al. A importância da odontologia hospitalar na prevenção de infecções. *RECIMA21*, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2022. Disponível em:

<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/3665/2584>. Acesso em: 22 abr. 2025.

SUTHERLAND, K. et al. Medication errors in hospitals: epidemiology, causes and prevention. *BMJ Quality & Safety*, v. 31, n. 2, p. 110-117, 2022.

TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, supl., p. e20180180, 2019.

TRONTO, J. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge, 1993.

WATSON, J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

## ANEXO 1

<b>CHECKLIST DE ADMISSÃO – PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR</b>		
<b>“SEGURANÇA DO PACIENTE”</b>		
<b>Nome do paciente:</b>	<b>DN:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Data internação:</b>	<b>Data de admissão em pós-operatório imediato:</b>	
<b>Procedimento Realizado:</b>	<b>Diagnóstico inicial:</b>	<b>Tempo de CEC:</b>
<b>Cateter Venoso Central</b> <input type="checkbox"/> subclávia direita <input type="checkbox"/> subclávia esquerda <input type="checkbox"/> jugular direita <input type="checkbox"/> jugular esquerda Outro:		
<b>Drogas utilizadas na admissão:</b> <input type="checkbox"/> Noradrenalina   ml/h <input type="checkbox"/> Adrenalina   ml/h <input type="checkbox"/> Nitroglicerina   ml/h <input type="checkbox"/> Dopamina   ml/h <input type="checkbox"/> Encrise   ml/h <input type="checkbox"/> Sedação: <input type="checkbox"/> Dobutamina   ml/h <input type="checkbox"/> Nitroprussiato   ml/h   Outras:		
<b>Ventilação:</b> FiO2: PEEP: Pressão de suporte: Frequência respiratória:	<b>Pressão Arterial Invasiva:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <b>Débito Urinário:</b> ml	<b>PA:</b> <b>PAM:</b> <b>FC:</b> <b>FR:</b> <b>T°:</b> <b>PVC:</b>
<b>Dreno</b> <input type="checkbox"/> Dreno tórax esquerdo <input type="checkbox"/> Dreno de tórax direito <input type="checkbox"/> Dreno de mediastino	<b>Hemoderivados</b> <input type="checkbox"/> Hemácias <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Crioprecipitado	<b>Curativo</b> <input type="checkbox"/> Paraesternal <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE
<b>Saúde Bucal</b> <b>Diagnóstico odontológico:</b> <b>Rotina de higiene bucal:</b>		
<b>Relato de Intercorrências:</b>		
<b>Médico Responsável:</b> <b>Médico intensivistas:</b> <b>Equipe de Enfermagem Responsável:</b> <b>Cirurgião-dentista responsável:</b>		