

HRJ

v.3 n.14 (2022)

Recebido: 04/11/2021

Aceito: 01/12/2021

Avaliação da Implementação do Check-List de Cirurgia Segura em um Hospital Público do Distrito Federal

Bárbara Dan Dara da Silva Justino¹

Marcelo Moreira Corgozinho²

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes³

¹Enfermeira. Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES-DF

²Enfermeiro, Doutor pela Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. Tutor e Preceptor da Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES-DF

³Enfermeira. Coordenadora e Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES-DF

RESUMO

Introdução: O ascendente quantitativo de complicações e mortes advindas pelos erros na assistência à saúde contribuiu para um movimento mundial capaz de politizar e substanciar a segurança do paciente para minimizar os danos vinculados aos cuidados à saúde. **Objetivo:** avaliar o grau de implementação do instrumento de *check-list* perioperatório de cirurgia segura em um hospital público do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de avaliação da implementação de atividades relacionadas ao *check-list* perioperatório, com abordagem quantitativa. A população constituiu-se de profissionais da enfermagem de centro cirúrgico – 36 enfermeiros e 09 técnicos de enfermagem. A coleta e análise dos dados ocorrerá por meio da Matriz de Avaliação adaptada ao “*Check-list* da Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** predominaram os profissionais do sexo feminino, maiores de 40 anos e a maioria entre 10 a 20 anos atuação na área (60%). Sobre o grau de implementação, o *sing in* alcançou 92,7%, *time out* (89,4%) e *sing out* (85,5%). **Conclusão:** No geral, o serviço avaliado obteve grau de 90% de implementação das atividades do *check-list*. Observou-se a necessidade de melhorias na etapa de *check in*, como a verificação do risco de broncoaspiração e risco de sangramento. Já na etapa *time out*, os profissionais devem melhorar a confirmação de seus nomes e profissão antes de iniciar a cirurgia.

Palavras-chave: Cirurgia Segura. Segurança do Paciente; Enfermagem Perioperatória.

Evaluation of the Implementation of the Safe Surgery Check-List in a Public Hospital in the Federal District

ABSTRACT

Introduction: The quantitative rise in complications and deaths due to errors in health care has contributed to a worldwide movement capable of politicizing and substantiating patient safety in order to minimize the damage associated with health care. **Objective:** To evaluate the degree of implementation of the instrument of perioperative check-list of safe surgery in a public hospital of the Federal District. **Methodology:** This is an evaluation study of the implementation of activities related to the perioperative check-list, with a quantitative

approach. The population consisted of surgical center nursing professionals - 36 nurses and 09 nursing technicians. The collection and analysis of data will occur through the Evaluation Matrix adapted to the "Check-list of the World Health Organization. Results: The female professionals predominated, over 40 years old and the majority between 10 and 20 years acting in the area (60%). Regarding the degree of implementation, sing in reached 92.7%, time out (89.4%) and sing out (85.5%). Conclusion: In general, the service evaluated obtained a 90% degree of implementation of the check-list activities. It was observed the need for improvements in the check-in stage, such as the verification of bronchospiratory risk and bleeding risk. In the time out stage, the professionals should improve the confirmation of their names and profession before starting the surgery.

Keywords: Safe Surgery. Patient Safety; Perioperative Nursing.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da medicina e as técnicas cirúrgicas, cada vez mais são empregados tratamentos cirúrgicos como forma curativa ou reparadora de enfermidades. A cada ano aumenta a quantidade de cirurgias e, com elas, as complicações associadas ao procedimento, onde muitas vezes podem ser evitadas. Essas complicações e erros são de causa multifatorial atribuída à complexidade dos procedimentos, à interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho que exige intensa ação humana e perfeição nas execuções empregadas¹.

O ascendente quantitativo de complicações e mortes advindas pelos erros na assistência à saúde contribuiu para um movimento mundial capaz de politizar e substanciar a segurança do paciente a partir de um desafio para minimizar os danos vinculados aos cuidados à saúde. No tocante ao cliente cirúrgico, evidências apontam que metade das complicações pós-operatórias poderiam ser evitadas se as recomendações de segurança fossem seguidas à risca^{2,3}.

O centro cirúrgico é um dos ambientes com um dos maiores índices de eventos adversos de hospitalização. A causa dos erros é multifatorial, sendo, normalmente, atribuída à complexidade dos procedimentos, à interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão e estresse. Os estudos associados mostraram como resultado que o centro cirúrgico está mais propenso a oferecer riscos, sendo que a maioria deles pode ser evitada¹.

O segundo Desafio Global “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” surge nesse cenário de amplas considerações, com a finalidade de sistematizar, obedecendo aos itens de segurança, o cuidado ao paciente cirúrgico, utilizando-se como instrumento uma lista de verificação cirúrgica que tem por objetivo, auxiliar a equipe a reduzir a ocorrência de danos ao cliente. Os objetivos visam otimizar as

etapas da assistência cirúrgica de forma a melhorar a assistência ao paciente minimizando perdas desnecessárias de vidas e complicações sérias que ocorrem principalmente na etapa transoperatória^{4,5}.

O período transoperatório inicia-se a partir pelo acesso do cliente ao Centro Cirúrgico (CC), sendo composto deste o momento em que o cliente é recebido no CC, indução do ato anestésico-cirúrgico, verificação da veracidade de dados previamente coletados no pré-operatório, como termos, exames, informações e achados da investigação prévia, e por fim, com o procedimento anestésico-cirúrgico e a reversão anestésica. Nesse passeio entre inúmeras ações que demandam ampla carga de trabalho, com destaque para a equipe de enfermagem, torna-se necessária a utilização à risca da lista de verificação (*checklist*), antes da indução anestésica, antes do início do procedimento e antes da saída do paciente da sala de cirurgia^{6,7}.

O *check-list* do protocolo de cirurgia segura busca assegurar que elementos-chave de segurança sejam incorporados dentro da rotina do centro cirúrgico, de forma a alcançar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, cujo objetivo é reforçar práticas diárias que promovam melhor comunicação e trabalho entre as equipes, independentemente da característica do hospital que realize essa assistência. A importância de uma mudança na cultura organizacional dos gestores e profissionais das diversas especialidades cirúrgicas, de forma a observar a necessidade da identificação correta do paciente, do total preenchimento dos itens elencados pelo instrumento utilizado pela instituição e, principalmente, a validação dos dados com a assinatura do profissional, uma vez que representam elementos indispensáveis na segurança do paciente e profissionais⁸.

Nesse universo, o *check-list* torna-se uma ferramenta indispensável, que tem a capacidade de prestar suporte à instituição de medidas de segurança que devem ser seguidas no transoperatório, de modo a promover a segurança de pacientes e equipes cirúrgicas. Tal instrumento condecora-se como um instrumento de trabalho valioso na gerência da redução de riscos e complicações operatórias, sendo uso “obrigatório” nos centros cirúrgicos, sobretudo no Brasil, onde ainda impera muitas situações que expõe o profissional de saúde à indução de iatrogenias durante a assistência em saúde ao paciente^{9,10}.

Entretanto ainda é bastante notável as dificuldades enfrentadas por gestores na implementação do uso e da adesão maciça de profissionais de saúde que atuam no bloco cirúrgico, muito em razão da necessidade de capacitações substanciais, passíveis de apresentar bons resultados, bem como a

necessidade reajustes à realidade do local em que é aplicado, sempre que necessário^{9,10}.

Nesse sentido, para o alcance do sucesso perante o uso desta ferramenta de cuidado operatório, se faz necessária a construção de uma cultura de segurança no ambiente de trabalho por meio do planejamento, estratégias e avaliação constantes. São necessárias, atividades de objetivem com maior destreza, a sensibilização e qualificação da equipe atuante em CC para a adesão ao protocolo de cirurgia segura e conseqüentemente, promoção de um cuidado operatório com excelência ao paciente cirúrgico^{11,12}.

A utilização do *check-list* se tornou um marco nesta nova cultura de segurança no centro cirúrgico. O seu correto preenchimento com a participação de toda a equipe envolvida é essencial para o sucesso da cirurgia¹³. A proposta deste estudo dar-se-á pela importância do preenchimento correto e fidedigno do instrumento de verificação de todas as etapas do perioperatório para garantia de um procedimento cirúrgico seguro, a fim de se avaliar a classificação da implantação desse instrumento. Pacientes admitidos no pré-operatório demandam uma série de cuidados específicos que vão desde sua entrada no ambiente hospitalar até o momento de sua alta.

A equipe multiprofissional é composta, também, pela enfermagem assistencial que deve estar atenta para identificar possíveis alterações clínicas relacionadas ao paciente cirúrgico como, instabilidade dos sinais vitais em todo tempo cirúrgico. Além de identificar o paciente corretamente, classificar as cirurgias, demarcar o sítio cirúrgico, certificar da lateralidade, dentre outras demandas. Em se tratando de Centro Cirúrgico a equipe precisa trabalhar de forma eficaz e conjunta, lançando mão do que há de melhor em termos de conhecimentos e capacidades em prol da segurança do paciente, a fim de evitar possíveis danos¹⁴. Desta forma, entender a relação entre os riscos, estrutura da rede hospitalar e especificidades da assistência pode se tornar importantes aliados para a melhoria do serviço prestado.

Este estudo objetiva avaliar o grau da implementação do instrumento de *check-list* perioperatório de cirurgia segura nas salas cirúrgicas de um hospital público do Distrito Federal – DF, além de identificar em quais ocasiões o *check-list* não é aplicado de maneira correta.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de avaliação da implementação das atividades relacionadas ao *check-list* perioperatório. A presente avaliação tem o propósito de melhoria da assistência prestada ao paciente cirúrgico através da detecção de inconformidades no processo de aplicação do *check-list*. A avaliação do processo de uma intervenção busca a adequação dos meios e recursos utilizados perante os resultados parciais ou finais, referenciados pelas metas e indicadores da intervenção¹⁵. Para tanto, foi escolhida a abordagem quantitativa que utilizou de elementos numéricos dos dados em sistema de informação e métodos estatísticos para a maior parte dos eventos a serem observados.

A população será constituída pela equipe de enfermagem – enfermeiros e técnicos de enfermagem - que atuam no respectivo hospital. Nessa instituição, atuam nas unidades de centro cirúrgico uma equipe multiprofissional que inclui médicos, enfermeiros gerentes, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, residentes da área médica e multiprofissional, estudantes de graduação, além de funcionários administrativos e equipe de serviços gerais.

No entanto, apesar da equipe cirúrgica ser responsável pela segurança do paciente, a responsabilidade pela execução das etapas da aplicação do preenchimento do *check-list* é da equipe da enfermagem, considerada a população alvo do estudo. Assim, a amostra será constituída de 45 profissionais da equipe de enfermagem, sendo Enfermeiro (n=36) e técnicos de enfermagem (n=9) que atuam em todos os turnos de serviço.

Foram incluídos os profissionais que atuam nas unidades de Centro Cirúrgico, com escala diária nos períodos diurno e noturno e que estiverem envolvidos nas atividades de cuidado direto ao paciente (profissionais que preenchem o *check-list* em todo o processo perioperatório). Serão excluídos os profissionais afastados do cenário durante o período de coleta de dados (período de férias, licenças médicas, ou simplesmente por questões de escala diária de trabalho).

A coleta dos dados ocorrerá por meio da Matriz de Avaliação adaptada do “*Check-list* da Campanha de Cirurgia Segura OMS” e foi composto de perguntas objetivas. Esse

instrumento de pesquisa conta com uma Matriz de Relevância e Julgamento¹⁵ (APÊNDICE A) e apresenta pontuação para os itens mais relevantes (de 1 a 3), onde 1 representa baixa relevância, 2 média relevância e 3 alta relevância. Cada profissional da enfermagem respondeu a cada item (atividade) da matriz de avaliação e, ao final das abordagens, o percentual das respostas de cada item foi mensurado (%). O instrumento consistiu na enumeração dos critérios dos componentes estruturais da intervenção que serão avaliados e quantificou o processo de valoração. Este instrumento é primordial para o processo de julgamento fidedigno e transparente. Outro ponto essencial é a descrição dos indicadores para avaliar o seu grau de implantação alcançado pela intervenção, qualificados estes, através da pontuação de cada atividade segundo a sua relevância. Os parâmetros de julgamento da implantação da atividade foram definidos da seguinte forma:

- Acima de 75% considera-se na ação implantada;
- Entre 50 e 75% parcialmente implantada;
- Entre 25 e 49% implementação incipiente; e
- Abaixo de 25% atividade não implantada.

Para melhor visualização e compreensão dos valores, os dados foram compilados em planilha Excel e os resultados apresentados no mesmo instrumento de avaliação, para melhor visualização e compreensão dos valores.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco, no entanto os pesquisadores se comprometem a minimizá-los, como o possível desconforto no momento da abordagem junto ao profissional. O maior benefício deste trabalho será a verificação e constatação da efetiva aplicação do *check-list* de cirurgia segura, afim de se mostrar a realidade do cenário estudado e desta maneira avaliar o quanto a sua utilização implica no resultado. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados e elucidados nesse trabalho.

O pesquisador se comprometeu a seguir as diretrizes éticas de pesquisa com seres humanos no Brasil, conforme preconizado pela Resolução 466/2012 CONEP/CNS/MS. O

projeto foi aprovado à análise do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília com CAAE nº 35187420.3.0000.5558 e parecer nº 4.181.213 Os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os dados relacionados aos pacientes e equipe multidisciplinar terão seu anonimato assegurado através da codificação no referido instrumento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados do questionário utilizado na pesquisa foram consolidados e organizados de acordo com os tempos cirúrgicos: a) Antes da indução anestésica (*sing in*); b) Antes de iniciar a cirurgia (*time out*); e c) Antes do paciente sair da sala cirúrgica (*sing out*).

Destaca-se que embora o CC do HRSAM realize três especialidades cirúrgicas: geral, ginecologia e mastologia, somente duas delas têm implantação do uso de checklist de cirurgia segura (cirurgia geral e ginecologia). O serviço de mastologia ainda segue em período inicial de implantação do protocolo.

Antes da análise do *checklist* nos tempos cirúrgicos, realizou-se um levantamento sobre o perfil dos participantes da pesquisa, conforme descrito abaixo na tabela 1.

Tabela 1- Perfil dos participantes da pesquisa

	(n. 40)	Porcentagem
Total- número	40	100%
<u>Sexo</u>		
Masculino	10	25%
Feminino	30	75%
<u>Faixa Etária</u>		
20-40 anos	15	37,5%
40-60 anos	25	62,5%
<u>Cargo</u>		
Técnico de Enfermagem	31	84%

Enfermeiro	09	16%
<i>Tempo de Atuação no C.C</i>		
0-10 anos	16	40%
10-20 anos	24	60%
Mais de 20 anos	00	0%

Fonte: Elaborada pela autora

Considerando a variável sexo, faixa etária, categoria profissional e tempo de atuação dos participantes, observa-se que 75% dos profissionais correspondem ao sexo feminino, sendo 84% destes pertencentes à categoria de técnicos de Enfermagem. No que se refere à faixa etária, observa-se que a maioria dos profissionais de saúde eram mais longevos, de modo que mais da metade (62,5%) tinham idade entre 40 e 60 anos. A maioria (60%) possui de 10 a 20 anos de carreira. Os profissionais avaliados neste estudo apresentaram mais de 10 anos de atuação.

No estudo de Silva¹⁶ a equipe de enfermagem apresentou-se entre 31 a 40 anos, sendo 36,3% enfermeiros e 39,2% técnicos de enfermagem. Resultado similar foi observado no estudo de Martins e Carvalho¹⁷, com 39 profissionais, em uma instituição privada de São Paulo, onde a maioria pertenciam ao sexo feminino (59%) e 41% ao sexo masculino.

Estudo de Panzetti¹⁸ com 26 participantes evidenciou que a maioria da equipe de enfermagem é composta pelo gênero feminino, idade entre 30 a 54 anos, tempo médio de atuação de 15 anos. A baixa representação do sexo masculino na enfermagem segue tendência de estudo preliminares, a exemplos das pesquisas realizadas por Silva e Alvim¹⁹ e Possari²⁰, que ressaltam esta tendência como resultado dos fatos ligados à história intrínseca da profissão, onde as mulheres estiveram mais presentes nos atos de cuidado.

No que tange ao *checklist*, que engloba em seu escopo três momentos de avaliação: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operações - dividida em 19 itens: Etapa 1. Antes da indução anestésica: identificação de dados e consentimento do paciente; sítio cirúrgico demarcado; verificação de segurança anestésica; oxímetro de pulso; alergias; via aérea difícil; risco de perda sanguínea; Etapa 2. Antes da incisão cirúrgica: apresentação dos membros da equipe; confirmação de dados do paciente pela equipe;

eventos críticos: cirurgião; eventos críticos: anestesia; eventos críticos: enfermagem; profilaxia antibiótica; exames de imagem; e Etapa 3. Antes de sair da sala de operações: registro do procedimento; contagem de instrumental; identificação de amostras; problemas com equipamentos; revisão da recuperação²¹. Destaca-se que foi atribuída a mesma nota para todos itens no grau de relevância (pontuação esperada), sendo que o *check in*, primeira etapa do protocolo, segue na Tabela 2.

Tabela 2- *Check list* de cirurgia antes da indução anestésica (*Check in*)

Check-List de Cirurgia Segura				
** Antes da Indução Anestésica (Sing-in)				
	Pontuação Atribuída	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	Grau de Implementação *(%)
Identificação do paciente	10	10	9,5	
Local da cirurgia a ser feita	10	10	9,25	
Procedimento a ser realizado	10	10	10	
Consentimento informado realizado	10	10	9,25	Acima de 75% considera-se as atividades implementadas
Sítio cirúrgico do lado correto	10	10	9,25	
Checagem do equipamento anestésico	10	10	9,0	92,75%
Oxímetro de pulso instalado	10	10	10	
Paciente tem alguma alergia?	10	10	9,75	
Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração?	10	10	8,5	
Há risco de perda sanguínea > de 500ml?	10	10	8,25	
Total	100	100	92,75	92,75%

*Acima de 75% considera-se na ação implantada, entre 50 e 75% parcialmente implantada, entre 25 e 49% implementação incipiente, e abaixo de 25% atividade incipiente.

Fonte: Elaborada pela autora

Observou-se na primeira etapa o grau de implementação 92,75%, que evidencia a implementação das atividades. As duas confirmações foram feitas com exatidão na totalidade do itens “procedimento a ser realizado e o oxímetro de pulso instalado”. De modo contrário, os itens de menor checagem foram “havia risco de perda > 500 ml” e “verificação de via aérea difícil”. Estudo²² similar verificou adesão de 90% dos participantes para os itens “reserva de

sangue, local da cirurgia”.

Os resultados deste estudo sugerem forte interesse da equipe em aderir ao Programa de Cirurgias Seguras, no entanto, pontos como “avaliação da via aérea difícil e necessidade de reserva sanguínea” foram pontos negligenciados da confirmação verbal. Maziero et al²² referem que tal fato ocorre pela confiança da equipe nos registros escritos. Diferentemente, estudo de Panzetti et al¹⁸ observou que a maioria dos técnicos de enfermagem descreveu possuir adesão ao protocolo de cirurgia segura.

Ressalta-se a importância da comunicação efetiva, realizada de maneira aberta, considerada como um requisito importante capaz de promover uma boa assistência ao paciente cirúrgico. A comunicação aberta propicia que a interrelação de vários profissionais da mesma ou de outras equipes se torne mais segura e harmoniosa, o que faz da comunicação um espécime singular em cultura de segurança do paciente²³.

Nesse sentido, na etapa seguinte, considerando o período perioperatório de maneira universal, seguiu-se com avaliação do *Time out* que refere-se aos itens obrigatórios antes de iniciar a cirurgia - demonstrado abaixo na Tabela 3.

Tabela 3- *Check list* de cirurgia antes de iniciar a cirurgia (*Time out*)

Check-List de Cirurgia Segura				
** Antes de Iniciar a Cirurgia (Time out)				
	Pontuação Atribuída	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	Grau de Implementação *(%)
Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões	10	10	8,0	
O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam: *Identidade do paciente	10	10	8,25	
*Local da cirurgia a ser feita	10	10	9,0	
*Procedimento a ser realizado	10	10	9,5	
				Acima de 75% considera-se as atividades implementadas

Antecipação de eventos críticos: 10	10	10	89,44%
*Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual a sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?			
*Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?	10	10	9,0
* Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?	10	10	9,75
Ótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?	10	10	8,75
Exames de imagens estão disponíveis?	10	10	8,25
Total		9090 (100%)	80,5
			89,44%

*Acima de 75% considera-se na ação implantada, entre 50 e 75% parcialmente implantada, entre 25 e 49% implementação incipiente, e abaixo de 25% atividade incipiente.
Fonte: Elaborada pela autora

A segunda etapa, antes de iniciar a cirurgia, foi o momento em que os procedimentos de *cheque-list* obtiveram menor adesão (89,4%), e, mesmo assim, supera os >75% como pontuação limítrofe para considerara fase como implementada na unidade. Assim, os itens “confirmação do nome de todos os profissionais, identidade do paciente, disponibilidade de exames de imagem e a administração da antibioticoprofilaxia 60 minutos antes do procedimento”, foram os itens que receberam menor adesão/implementação.

A etapa time out, considerada o momento ideal para as confirmações, ocorre checklist de itens que minimizam as chances de erro, sendo atividades primordiais: confirmação de nome dos profissionais, procedimento cirúrgico a ser realizado, local da cirurgia, uso de antibióticos na hora correta e disposição de exames de imagem. Esse é o momento da atenção redobrada para pontos considerados críticos e que merecem atenção especial^{13, 24}.

Estudo²⁵ que avaliou a adesão do preenchimento do checklist de cirurgia segura pelos profissionais do centro cirúrgico de um hospital geral de grande porte obteve como resultados que os itens obrigatórios pela OMS “identidade do paciente e local de cirurgia e procedimento”

não foram preenchidos ou confirmados.

Outros estudos^{3,26,27} descrevem que um dos resultados mais importantes após a implantação do protocolo de cirurgia segura reside no impacto na queda das taxas de mortalidade, sobretudo advindas por complicações relacionadas às iatrogenias. Dessa forma, é importante suscitar que uma vez deixada de lado a verificação de alguns itens do checklist, em qualquer das etapas de verificação, potencializam-se os riscos nocivos à vida do paciente cirúrgico – sejam de natureza física, psicológicas ou emocional^{28, 29}. Ressalta-se que antes das recomendações OMS serem publicadas, a *Joint Commission on Accreditation of Hospital Organization* já preconizava no Protocolo Universal de verificação pré-operatória, o qual assegurava, entre outros, toda documentação necessária para o início do procedimento cirúrgico³⁰.

Após realização do ato anestésico-cirúrgico, as recomendações do *Check out* são realizadas antes do paciente deixar a sala cirúrgica, de modo que os itens do cheque-list analisados estão descritos na tabela 4. Na análise da adesão na etapa *Check out*, o primeiro item “todos os profissionais confirmam o registro completo do procedimento intra-operatório”, foi o item com menor pontuação; seguido do item “existe problema com equipamento a ser resolvido”. Estudo²⁷ concluiu que a equipe de enfermagem estava mais preocupada com o preenchimento das etapas que antecedem a cirurgia, deixando de preencher a etapa do pós-operatório. Isso chama atenção para a falta do conhecimento sobre a extrema importância sobre o uso do protocolo e do seu preenchimento de maneira correta e fidedigna, pois o pós-operatório imediato é o momento de se avaliar complicações decorrentes do período cirúrgico.

Tabela 4- Check- list de cirurgia segura antes do paciente sair da sala cirúrgica (Check out)

Check-List de Cirurgia Segura				
** Antes do paciente sair da sala cirúrgica (Sing out)				
	Pontuação Atribuída	Pontuação Esperada	Pontuação Obtida	Grau de Implementação* (%)
Todos os profissionais confirmam o registro completo do procedimento intra- operatório	10	10	6,75	
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe: *contagem de instrumentais, compressas e agulhas	10	10	9,0	Acima de 75% considera-se as atividades implementadas 85,5%
tificação de amostra para anatomia patológica	10	10	9,5	
om equipamento a ser resolvido	10	10	8,5	
*A equipe revisou preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente	10	10	9,0	
TOTAL	50	50 (100%)	42,75	85,5%

*Acima de 75% considera-se na ação implantada, entre 50 e 75% parcialmente implantada, entre 25 e 49% implementação incipiente, e abaixo de 25% atividade incipiente.

Fonte: Elaborada pela autora

Neste estudo foram pontuados os itens do *check- list* nos tempos sing in (92,7%), time out (89,4%) e sing out (85,5%) e, para cada item da checagem, foi estabelecida a pontuação de 10 pontos, totalizando assim, 240 pontos (100%) – a pontuação obtida após análise foi de 216 pontos, ou seja, 90% de implementação das atividades.

Nesse sentido, os parâmetros de julgamento das atividades foram definidos com referência ao percentual acima de 75%, que considera a atividade como implementada no centro cirúrgico analisado. Os resultados desta análise aproximam-se dos estudos realizados no Brasil, Espanha, Inglaterra e Canadá, onde os valores de adesão ao preenchimento de seus instrumentos atingiram 60,5%, 83,3%, 96,9% e 92%, respectivamente^{11,31,30,21}.

Estudo realizado no Brasil³² concluiu que quando analisado os campos que ofertam maior possibilidade de riscos, a confirmação sobre o sítio cirúrgico a ser operado configurou-

se como um dos itens de maior prognóstico para melhorias da segurança do paciente, uma vez que os dados sobre os erros do local de cirurgia referenciam que em 1 em cada 50-100.000 procedimentos nos Estados Unidos ocorre um procedimento realizado em local errado.

O centro cirúrgico é pela sua própria natureza um ambiente complexo em virtude de seu processo de trabalho e os graus de complexidade em que opera, o que acaba por conceber em seu escopo profissional falibilidade profissional de memória e redobro da atenção humana – potencializando a adesão do instrumento preconizado pela OMS. Esse documento, em formato de Checklist reafirma ao profissional sobre tarefas mínimas que não devem ser esquecidas ou negligenciadas, de modo que as torna aos olhos em cada procedimento, o que contribui para adesão á disciplina de realizar todas as tarefas de segurança e incentiva o desenvolvimento técnico-profissional da equipe³³.

Nesse sentido, o alcance de índices de qualidade, com melhora dos indicadores institucionais nas unidades que possuem centro cirúrgico, reside estritamente não nas mãos da equipe de cirúrgica de todas as categorias, o que faz da adesão ao checklist um instrumento de importância de todas as categorias profissionais que compõem as salas cirúrgicas. A adesão causa um impacto considerável sobre os resultados diretos e indiretos, e quem podem ser mensurados por avaliações fidedignas^{34, 35, 36,37}.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou o predomínio de profissionais de enfermagem do sexo feminino, idade maior que 40 anos e maioria (60%) possui de 10 a 20 anos de tempo de atuação. O serviço avaliado obteve grau de 90% de implementação das atividades do *checklist*. No que se refere às etapas de investigação sobre o grau de implementação, o tempo *in* alcançou 92,7, *time out* (89,4%) e *sing out* (85,5%) implementação.

Observou-se que na etapa de *check in* precisa melhorar a verificação do risco de

broncoaspiração e o risco de perda sanguínea. Já na etapa time out, os profissionais do CC podem melhorar a confirmação dos nomes e profissão antes de iniciar o procedimento cirúrgico, bem como a identidade do paciente, ambos verbalmente. É preciso melhorar, antes do paciente deixar a sala cirúrgica, a confirmação do registro completo do procedimento realizado no intra-operatório.

Os momentos de avaliação dos tempos (*sing in, time out e sing out*) apresentaram consistência relevante, de modo que apresentaram maior de 75% os tempos investigados, o que endossa o afirmo de que nesta unidade, o checklist recomendado pela OMS está bem implementado.

REFERÊNCIAS

1. Manrique BT, Soler LM, Bonmati AN, Montesinos MJL, Roche PR. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. Acta Paul Enferm. [Internet] 2015[Citado em 22 jul. 2021]; 28(4):355-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500060>
2. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz EDA. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. Esc Anna Nery [Internet] 2015[Citado em 22 jul. 2021];19(2):246-251. DOI: [10.5935/1414-8145.20150032](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150032).
3. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Saúde em debate [internet]. 2016 [Citado em 22 jul. 2021]; 40 (111): 292-301. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>.
4. Organização Mundial de Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente. Manual: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). [internet]. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-

Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

5. Jost MT. Segurança do paciente no transoperatório: avaliação dos processos de trabalho e comunicação para implantação da SAEP. [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
6. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 7. ed. São Paulo: SOBECC, 2017.
7. Diedhiou M, Manyacka P, Dieng M, Tendeng JN, Diao ML, Thiam O, Tall H, Thiam I, Konaté I. Feasibility and relevance of safety checklist in the central operating block at the Regional Medical Center, Saint Louis, Senegal. *Pan Afr Med J.* 2017;28:96. Published 2017 Sep 29. doi:10.11604/pamj.2017.28.96.11428
8. Elias ACGP, Schmidt DRC, Yonekura CSI, Dias AO, Ursi ES, Silva RPJ, Feijo REBV. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. *Revista SOBECC [internet]*, São Paulo. Jul/Set.2015;20(3):128-133. DOI:10.5327/Z1414-4425201500030002.
9. Gomes CDPP, Santos AA, Machado ME, Treviso P. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. *Rev. SOBECC, São Paulo.* JUL./SET. 2016; 21(3): 140-145. DOI: [10.5327/Z1414-4425201600030004](https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030004).
10. Lopes MCR, Silva LF, Barros TS, Martins FJG, Farias MS. Atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura. *ReTEP [Internet]* 2018;10(4):34-39. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-no-processo-de-cirurgia-segura.pdf>.
11. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alves M. Adesão ao

preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. Cad. Saúde Pública 33 (10)-2017.

DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>.

12. Vazatta CAS, Ferrão L. Percepção dos profissionais da enfermagem frente a utilização do checklist de cirurgia segura. Revista SOBECC [internet]. 2016; 21 (3): 140-145.
13. Pancieri AP, Carvalho RD, Braga EM. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. Rev. SOBECC [internet]. 2014. 19 (1): 26-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.006>.
14. Corregio, TC; Amante, LN; Barbosa , SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. Rev. SOBECC, São Paulo. abr./jun. 2014; 19(2): 67-73. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.012>
15. Brousselle A, Champgne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
16. Silva EFM, Calil ASG, Araujo CSD, Ruiz PBDO, Jericó MDC. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre checklist de cirurgia segura. Arq. Ciênc. Saúde. 2017 jul-set; 24(3) 71-78. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.3.2017.731>.
17. Martins GS, Carvalho RD. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. Rev. SOBECC [internet]. 2014; 19 (1):18-25, 2014. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.007>.
18. Panzetti TMN, Silva JMLD, Vasconcelos LAD, Araujo MADG, Oliveira VMLP, Castilho FDNFD, Maia GC, Oliveira JDS, Costa TM, RodriguesRP, Ramos AMPC. Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura. Rev. SOBECC, São Paulo. jan./mar. 2014; 19(1): 18-25. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2519.2020>.
19. Monteiro F, Silva LR. Checklist” lista de verificação de segurança cirúrgica: avaliação e intervenção. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.12, especial, p.482-485, dez.2013.

DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9196>.

20. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5^aed. São Paulo: Iátria;2011.
21. Freitas MRD, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LDC, Gama ZADS. Avaliação da adesão ao check list de cirurgia segura da OMS em cirurgiasurológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.Cad. Saúde Pública [internet]. 2014; 30 (1): 137-148. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184612>
22. Maziero ECS, Silva AEBC, Mantovani MDF, Cruz EDDA. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2015 dez;36(4):14-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>
23. Mafra CR, Rodrigues MCS. Surgical safety checklist: An integrative review of the benefits and importance / Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]. 9º de janeiro de 2018 [citado 1º de julho de 2021];10(1):268-75. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5038>.
24. Silva HRD, Mendonça WDAV, Gonçalves RA, Sampaio CEP, Marta CB. Percepção da equipe de enfermagem quanto as contribuições da utilização do checklist de cirurgia segura. Revista Enfermagem Atual in Derme [internet]. 2019; 28 (25):1-8.DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1472.2019>.
25. Ribeiro, HCTC et al. Adesão ao preenchimento do *checklist* de segurança cirúrgica. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017; 33 (10): 2-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>
26. Martins FZ, Dall`Agnol CM. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro

- nas atividades gerenciais. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2016; 37 (4):5-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>.
27. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Cirurgia segura: validação de check list pré e pós-operatório. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2017; 25 DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>.
28. World Health Organization (WHO). The second global patient safety challenge: safesurgery saves lives [Internet]. Genebra: 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_final_Jun08.pdf
29. Moraes VM, Néó EA, Almeida RC, Sandes SMS. Dificuldades na Implantação da lista de Verificação de Cirurgia Segura: Uma Revisão Integrativa. E-REVISTA 02 (2018) 1981-3511. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/e-revistafacitec/issue/current>.
30. Soria-aledo V, Silva ZA, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrilo- Alcaraz A. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. Cir Esp [internet]. 2012; 90 (5): 180-185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.09.007>
31. Sewell M, adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, Levack B. Use of WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. Int Orthop. 2011;35(6):897-901. doi:10.1007/s00264-010-1112-7.
32. Corona ARPD, Penich ACG. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. Rev.sobecc [Internet]; 20(3):179-185, 2015. DOI: 10.5327/Z1414- 442520150003000
33. Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti ACB. Protocolos

Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):138-46.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

34. Souza RM, Araújo MGS, Veríssimo RCSS, Comasseto I, Ferreira FAS, Bernado THL. Aplicabilidade do checklist de cirurgia Segura em centros cirúrgicos hospitalares. Revista SOBECC [internet]. 2016; 21 (4): 192- 197. DOI: 10.5327/Z1414-4425201600040003
35. Erestam S, Angenete E, Derwinger K. The Surgical Teams. Perception of the Effects ofa Routine Intraoperative Pause. World J Surg Cham [internet]. 2017; 40 (2): 2875-80. DOI:[10.1007/s00268-016-3632-9](https://doi.org/10.1007/s00268-016-3632-9).
36. Gawande, A. Checklist: como fazer as coisas bem feitas. Rio de Janeiro: Sextante; 2011.
37. Resources JC, Thorell A, Moura GMSS, Dall´Agnol CM, Magalhães AMM. Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008.