

HRJ

v.3 n.14 (2022)

Recebido: 30/11/2021

Aceito: 07/12/2021

Análise do Preenchimento do *Checklist* de Cirurgia Segura em um Hospital Público do Distrito Federal

Juscilene Barbosa Ferreira¹

Lauane Rocha Itacarambi²

Raquel Elisa de Almeida³

Dayanny Nogueira Rodrigues Ulhôa⁴

Jaqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes⁵

Aline dos Reis Silva⁶

Ruth Silva Matos⁷

Gleyce Mikaelle Costa Quirino⁸

Aparecida Keilly Nogueira Silva⁹

Luzinete Minguins Pereira Morais¹⁰

Luciene de Moraes Lacort Natividade¹¹

Marisa Assis de Mendonça¹²

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

²Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

³Enfermeira Doutoranda em Enfermagem m Unb, Tutora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁴ Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁵Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde/UnB e Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁶Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁷Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁸Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁹Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹⁰Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹¹Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹²Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde instituiu a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, uma ferramenta composta por itens de segurança que devem ser checados em três momentos da cirurgia. **Objetivo:** Analisar a completude do preenchimento da LVSC em um hospital público do Distrito Federal. **Metodologia:** Estudo transversal, retrospectivo, descritivo e com abordagem quantitativa. A amostra contou com 607 *checklist* utilizados pela

instituição do estudo composto por quatro fases.**Resultados:** Todas as etapas foram preenchidas em 306 procedimentos (50,4%). A entrada foi preenchida integralmente em 600 cirurgias (98,8%), o *sign in* teve seus itens checados completamente em 408 procedimentos (67,2%), o *time out* apresentou totalidade de completude em 407 cirurgias (67,5%) e o *sign out* mostrou-se completo em 543 procedimentos operatórios (89,4%). Quanto a adesão aos itens de cada etapa, na entrada os elementos tiveram adesão de 99,4%, no *sign in*, a adesão foi de 96,1%, no *time out* foi de 92,7% e no *sign out* de 96,1%. **Conclusão:** Apesar da boa adesão a todos os itens de segurança, a adesão do instrumento mostrou-se insatisfatória. Sugere-se a avaliação constante do procedimento para promover uma cultura institucional voltada para a segurança dos paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Lista de Checagem; Centro Cirúrgico.

Analysis of the completion of the Safe Surgery Checklist in a Public Hospital in the Federal District

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization instituted the Surgical Safety Checklist, a tool consisting of safety items that must be checked at three times during surgery. Objective: To analyze the completeness of filling out the LVSC in a public hospital in the Federal District.

Methodology: Cross-sectional, retrospective, descriptive study with a quantitative approach. The sample had 607 checklists used by the institution of the study, consisting of four phases.

Results: All steps were completed in 306 procedures (50.4%). The entry was fully filled in 600 surgeries (98.8%), the sign in had its items checked completely in 408 procedures (67.2%), the time out showed completeness in 407 surgeries (67.5%) and the sign out was complete in 543 operative procedures (89.4%). As for adherence to the items in each stage, at entry the elements had 99.4% adherence, at sign in, adherence was 96.1%, at time out it was 92.7% and at sign out, 96.1%. **Conclusion:** Despite good adherence to all safety items, instrument adherence was unsatisfactory. Constant evaluation of the procedure is suggested to promote an institutional culture focused on patient safety.

Keywords: Patient Safety; Check list; Surgical Center.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente (SP) é um tema atemporal, debatido desde antes de Cristo. No entanto a intensa divulgação da temática ocorre desde 1999, ano da divulgação do relatório *To Err is Human: building a safer health system* pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, o qual apontou erros na assistência e incentivou, em todo o mundo, iniciativas na busca pela segurança do paciente. Assim, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo de dedicar atenção ao problema e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os

eventos adversos (EA).¹

Desde então, a OMS direciona seus trabalhos referentes ao tema nos chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente. Até o presente momento, três desafios já foram lançados. O primeiro, de 2005, enfatizou a prevenção de infecções associadas ao cuidado de saúde²; o segundo desafio global, de 2008, focou ações na promoção de cirurgias seguras¹; e o terceiro, de 2017, destaca o uso seguro de medicamentos.³

Referente ao segundo desafio global, que tem como *slogan* “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, as iniciativas propõem a prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia segura; desenvolvimento de equipes cirúrgicas seguras; indicadores da assistência cirúrgica; e a instituição da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) para uso na sala operatória antes, durante e após o ato cirúrgico¹. Estudos realizados em 56 países apontam que são realizados 234 milhões de procedimentos cirúrgicos operatórios a cada ano, nos quais em torno de dois milhões de pacientes morrem e sete milhões apresentam complicações, metade dessas considerada evitável⁴. Estudos no Brasil revelaram que 35,2% dos EA evitáveis ocorrem em procedimento cirúrgicos, e estes correspondem a 68,3% do total de incidentes em pacientes internados, além disso, 20% os pacientes cirúrgicos evoluíram para incapacidade permanente ou morte.^{5,6}

O último relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com EA notificados no Brasil, demonstra que, entre março de 2014 e dezembro de 2018, 1.247 eventos relacionados à cirurgia foram notificados e 78 resultaram em óbito do paciente cirúrgico.⁷

Diante desse panorama, e aderindo ao segundo Desafio Global, a ANVISA divulgou no Brasil, em 2009, o manual para Cirurgias Seguras, ferramenta para a implantação da cirurgia segura dentro dos serviços de saúde brasileiros¹. Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Protocolo de Cirurgia Segura, a partir da RDC n.36, com a finalidade de determinar as medidas a serem implantadas para o aumento da segurança cirúrgica por meio da utilização

sistemática da LVSC como uma estratégia de redução do risco de incidentes cirúrgicos.⁸

A LVSC ou *checklist* é composta por três etapas: (1) Entrada ou *Sign in* (antes da indução anestésica), momento em que se verifica verbalmente a identidade do paciente, o procedimento cirúrgico, a lateralidade e a demarcação do sítio cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento, a presença de alergias conhecidas, o exame das vias aéreas, o risco de perda sanguínea, a disponibilidade dos exames, a conclusão da verificação da segurança anestésica e a conexão de um monitor multiparamétrico em funcionamento no paciente; (2) Pausa cirúrgica ou *Time out* (antes da incisão cirúrgica), momento em que toda a equipe cirúrgica se apresenta por nome e função, faz-se a conferência, em voz alta, da identidade do paciente, do procedimento cirúrgico e da parte do corpo que será operada, verifica-se se foi realizado antibioticoprofilaxia antes da incisão, e a existências de eventos críticos esperados pela enfermagem, cirurgiões e anestesiológicos; (3) Saída ou *Sign out* (no final da cirurgia mas antes do paciente sair da sala cirúrgica) momento de confirmação do procedimento realizado, verificação da contagem das compressas, gazes, instrumentais cirúrgicos e perfuro cortantes, da correta identificação, de espécimes cirúrgicos, da ocorrência de problemas com equipamentos e a revisão dos cuidados pós-operatórios da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).^{8,1}

Para que haja confiabilidade na aplicação da LVSC, e o uso da mesma melhore os resultados cirúrgicos, é recomendado que seja realizada integralmente, verbalmente e por uma única pessoa, podendo ser qualquer profissional da equipe cirúrgica^{8,1}. A aplicação do *checklist* é rápida e de baixo custo. O sucesso do instrumento ocorre quando a equipe toma ciência de sua importância, tanto para os profissionais como para o paciente, e o incorpora em suas rotinas diárias.^{9,10}

Estudos comprovam que o uso do *checklist* reduz complicações e mortes em pacientes cirúrgicos, melhora a execução de processos de segurança, tais como a administração de

antibiótico profilático, demarcação de sítio cirúrgico, planejamento para perdas sanguíneas e uso de oxímetro de pulso, além de aumentar a eficácia da comunicação entre os diferentes profissionais na sala de operação e melhorar o trabalho em equipe.^{11,12,13,14}

No entanto, essas repercussões satisfatórias do uso da LVSC estão associadas à correta aplicação do instrumento, à completude do preenchimento e ao trabalho em equipe, através de uma comunicação efetiva na sala cirúrgica.^{15,16,17}

Apesar disso, estudo de revisão que analisou a completude das LVSC identificou que nenhum dos estudos revisados apresentava conformidade de 100% na aplicação do instrumento¹⁸. Dados de um estudo publicado em 2018, apontou o inadequado preenchimento da lista, evidenciando que há dificuldades por partes dos profissionais que compõe as equipes cirúrgicas na aceitação do *checklist*. O mesmo artigo mostrou que há falhas nos processos de implementação do protocolo de cirurgia segura em centros cirúrgicos de hospitais brasileiros e que a obrigatoriedade da execução da lista, a sensibilização da equipe e o envolvimento da mesma na implantação do procedimento influenciam positivamente a qualidade do processo.¹⁹

Outros estudos, no Brasil e em todo o mundo, mostram insuficiente adesão à LVSC, com práticas divergentes das recomendações da OMS.^{20,21,22,23,24}

Buscando a melhoria do processo e a obtenção de bons resultados com a utilização do *Checklist*, o instrumento deve ser avaliado constantemente a fim de identificar falhas e embasar estratégias de melhorias^{21,25,18}. A avaliação da conformidade do processo é tão importante quanto o estudo de seus resultados.¹⁵

O despertar para o assunto surgiu após observar, em minha trajetória como residente de enfermagem em Centro Cirúrgico, a aplicação da LVSC em uma instituição pública onde recentemente foi implantada o protocolo de cirurgia segura. A análise do preenchimento do instrumento se justifica pela necessidade de um embasamento para busca de melhorias no processo de trabalho, a partir dos dados que foram apontados no presente estudo, que

retrataram a realidade do serviço relacionada à utilização do *checklist*.

Além disso, uma vez que o protocolo de cirurgia segura foi implantado no Brasil em 2013, poucos estudos nacionais, especialmente em hospitais públicos, demonstram a aceitação do protocolo pela equipe cirúrgica, medido através da completude do *checklist*.

Diante do exposto, o estudo visou responder a seguinte questão: A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é preenchida integralmente pela equipe cirúrgica? Este estudo teve como objetivo analisar a completude do preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) em cirurgias gerais de um hospital público de Distrito Federal.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal, retrospectivo, descritivo e com abordagem quantitativa, conduzido no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019, em um CC de um Hospital público de ensino pertencente à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). O setor é constituído de três salas operatórias e quatro leitos de Sala de Recuperação Pós Anestésica. A unidade é considerada centro de referência no Distrito Federal (DF) para cirurgias de Herniorrafia e Colectomia.

A LVSC foi implementada no setor em 2016, após uma articulação entre equipes médicas e de enfermagem e treinamento dos servidores que atuam no CC, sua aplicação é realizada especialmente pelo enfermeiro. O *checklist* utilizado na instituição é uma adaptação da versão proposta pela OMS, e nele foi acrescentado uma fase anterior ao *Sign in*, chamada de “entrada”, na qual são verificadas as seguintes informações: nome do paciente, registro, data de nascimento, procedimento, jejum, antibiótico, termo de consentimento, adornos e prótese, alergias e exames complementares.

Foram incluídos no estudo *checklist* disponíveis em prontuários de pacientes que realizaram herniorrafia e/ou colecistectomia entre janeiro e junho de 2018. Foram excluídos

prontuários de pacientes que realizaram qualquer outro procedimento cirúrgico, itens da LVSC que não se aplicavam a todas as cirurgias, tais como lateralidade, marcador de esterilização presente, biópsia, conferência da peça, e prontuários ilegíveis.

O estudo contou com uma população de 725 prontuários, no entanto em apenas 607 foram encontrados o *checklist*. Dessa forma, a amostra do estudo constituiu-se de 607 LVSC. Os dados foram coletados a partir da análise dessas listas, medindo-se a frequência de preenchimento de cada etapa, assim como a checagem de cada um dos itens de segurança.

Após a etapa de coleta, os dados foram organizados em uma planilha do Microsoft Excel idealizada para essa finalidade, sendo analisados através de estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa, e os resultados foram apresentados em gráficos para facilitar o entendimento.

Este projeto foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS, cadastrado com número CAAE 05391018.0.0000.5553 e aprovado pelo parecer número 3.135.863 de 07/02/2019

Uma vez que a presente pesquisa utilizou dados de fonte secundária, proveniente de prontuários dos pacientes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado pelo Comitê de ética.

RESULTADOS

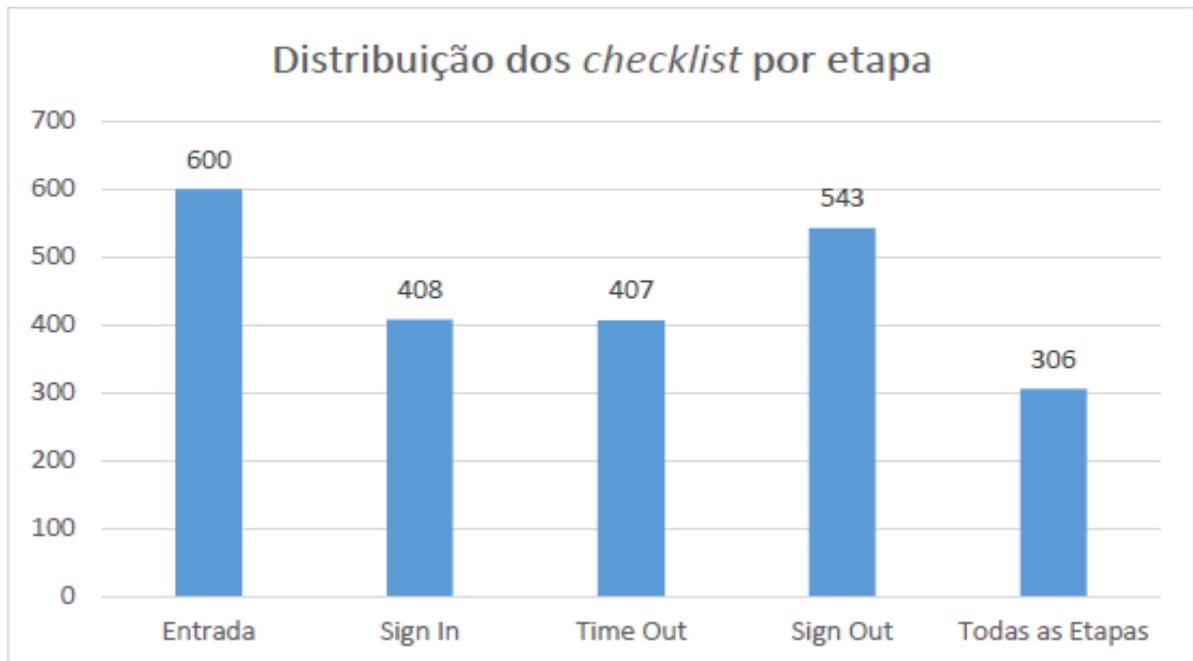
Foram analisados 607 LVSC, sendo 288 de colecistectomias e 319 de herniorrafias, nas quais se observou o preenchimento completo de cada uma das quatro etapas – entrada, *sign in*, *time out* e *sign out* – e o preenchimento de cada item correspondente a cada etapa

Todas as etapas foram preenchidas em 306 procedimentos (50,4%). A entrada foi preenchida integralmente em 600 cirurgias (98,8%), o *sign in* teve seus itens checados completamente em 408 procedimentos (67,2%), o *time out* apresentou totalidade de

completude em 407 cirurgias (67,5%) e o *sign out* mostrou-se completo em 543 procedimentos operatórios (89,4%). Resultados apresentados no Gráfico 1.

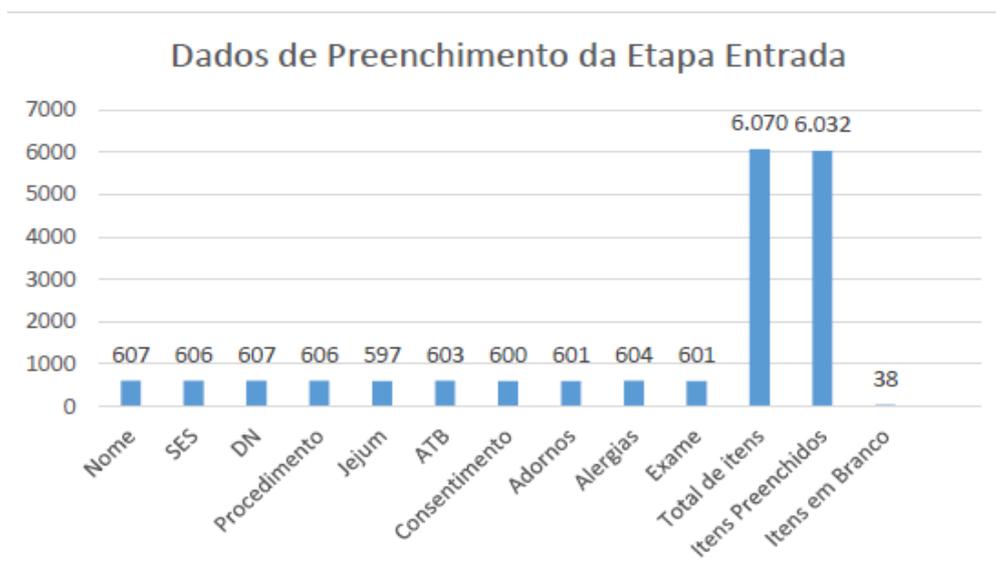
Gráfico 1- Distribuição dos *checklist* analisados por etapa preenchida integralmente (N=607).

Brasília, DF, 2019.



Na entrada, primeira etapa do *checklist*, foram analisados 607 *checklist*, correspondendo um total de 6.070 itens, dos quais 6.032 estavam preenchidos e 38 estavam em branco, ou seja, a adesão a essa etapa foi de 99,4%. Na análise discriminada de cada item, o que apresentou menor taxa de preenchimento foi “jejum”. Os demais itens tiveram uma média de preenchimento superior a 98%. Resultados apresentados no Gráfico 2.

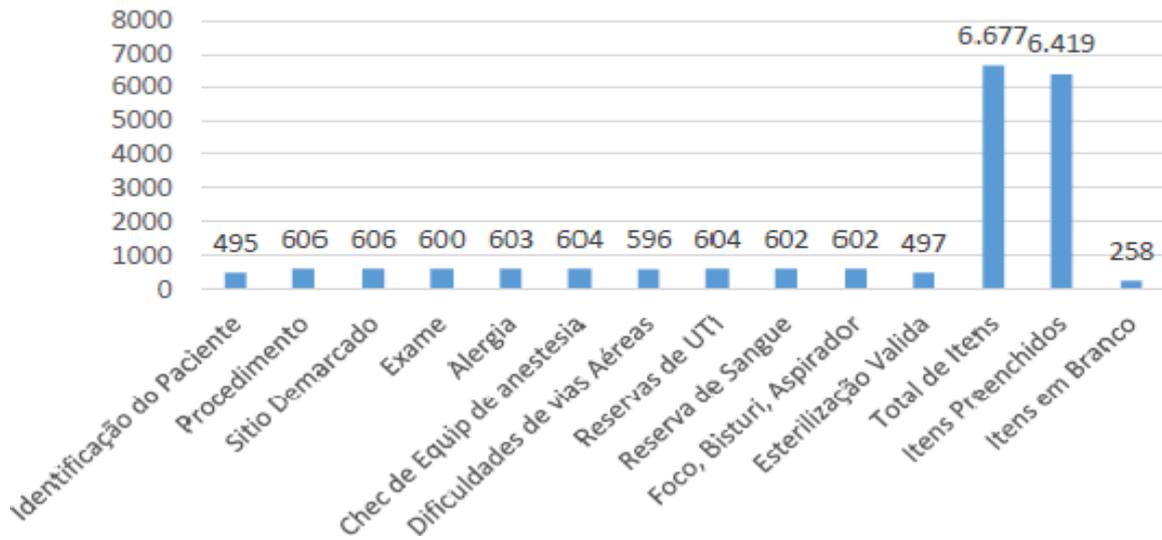
Gráfico 2- Distribuição dos itens de segurança da etapa entrada (n=6.070). Brasília, DF, 2019



No *Sign in*, segunda etapa do *checklist*, considerando o total de 607 *checklist*, foram analisados 6.677 itens, dos quais 6.419 foram preenchidos e 258 estavam em branco, ou seja, a adesão a essa etapa foi de 96,1%. Em uma análise mais detalhada, considerando cada item, constatou-se que os itens “identificação do paciente” e “esterilização válida” foram os que apresentaram menor adesão. Os demais itens tiveram uma média de preenchimento superior a 80%. Nessa etapa os itens “lateralidade” e “marcador de esterilização (integrador químico) presente” não foram incluídos na análise. “Lateralidade” por não ter no formulário o campo “não se aplica”, e como não era um item aplicável a todas as cirurgias o mesmo foi excluído da análise, e o item “marcador de esterilização presente” pelo fato de que no período do estudo o mesmo estava ausente nas bandejas por estar em falta no hospital. Resultados apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 3- Distribuição dos itens de segurança da etapa *sign in* (n=6.677). Brasília, DF, 2019

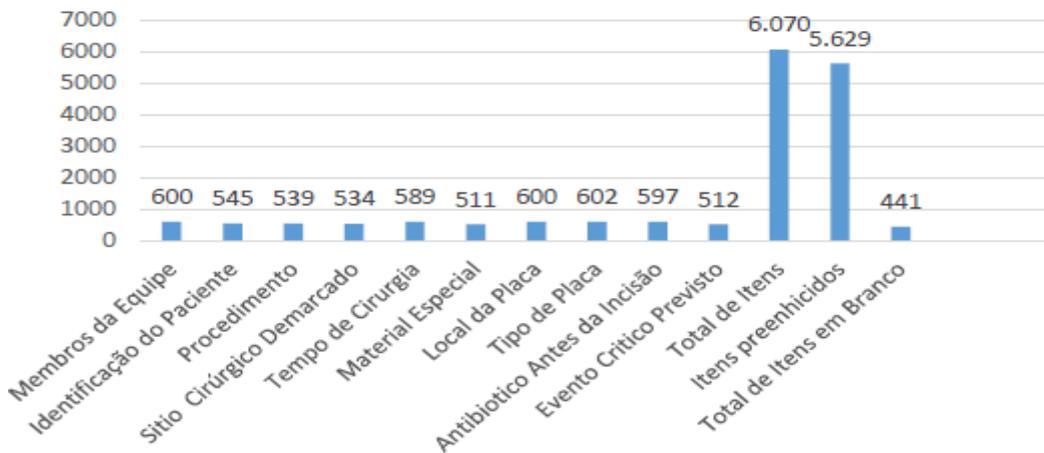
Dados de Preenchimento da Etapa *Sign In*



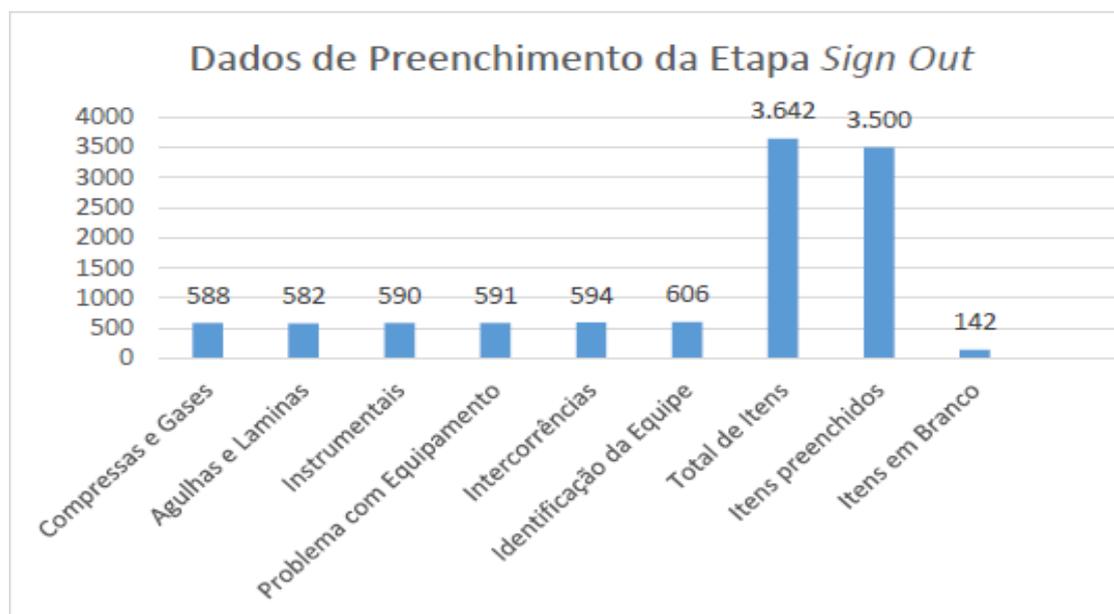
No *Time out*, terceira etapa do *checklist*, foram analisados 6.070 itens dos 607 *checklist*, dos quais 5.629 estavam preenchidos e 441 estavam em branco, ou seja, a adesão a essa etapa foi de 92,7%. Analisando cada um dos itens constatou-se que os que apresentaram menor adesão quanto ao preenchimento foram, “sítio cirúrgico demarcado”, “material especial”, “evento crítico previsto”. Os demais itens tiveram média de preenchimento superior a 67%. Resultados apresentados no Gráfico 4.

Gráfico 4- Distribuição dos itens de segurança da etapa *time out* (n=6.070). Brasília, DF, 2019

Dados de Preenchimento da Etapa *Time Out*



No *Sign out*, quarta etapa, foram analisados 3.642 itens, dos quais 3.500 estavam preenchidos e 142 estavam em branco, apresentando uma adesão de 96,1%. Os itens menos aderidos nessa etapa quanto ao preenchimento foram “contagem de gases e compressas”, “agulhas e laminas”. Os demais itens tiveram média de preenchimento superior a 65%. Os itens “biopsia” e “identificação da peça” não foram incluídos na análise por não serem aplicáveis a todas as cirurgias analisadas. Resultados apresentados no Gráfico 5.



Gr
Gr
áfico
o 5-
Dist
ribu
ição
dos
iten
s de

segurança da etapa *sign out* (n=3.642). Brasília, DF, 2019.

DISCUSSÃO

O presente estudo traz informações sobre a adesão à Lista de Verificação de

Segurança Cirúrgica. A análise do preenchimento de cada item das quatro etapas do *checklist* utilizado pela instituição cenário da pesquisa sugere uma boa adesão da equipe, uma vez que os itens das quatro etapas tiveram adesão de 98,8%, 96,1%, 92,7% e 96,1% respectivamente.

Ressalta-se que o presente estudo se trata de uma pesquisa retrospectiva, o que pode superestimar os resultados encontrados, dado que não foi observado o comportamento da equipe na execução da lista. Os resultados apresentados em pesquisas com métodos retrospectivos são melhores quando comparados a estudos com coleta de dados prospectiva²⁶. Recente estudo observacional prospectivo realizado em hospital brasileiro, revelou inconformidades no modo de aplicação da LVSC. Entre as inconsistências encontradas cita-se a marcação do item no instrumento sem de fato ter sido verificado pela equipe, a checagem não verbal e a confirmação de itens fora do período recomendado para cada etapa. Essas constatações apontam que, de fato, a análise retrospectiva pode ser menos fidedigna.²⁷

Apesar da aparente boa adesão aos itens de segurança, ao se analisar a completude de cada etapa, o estudo mostrou que, com exceção da entrada que teve preenchimento completo em 98,8% das listas, o preenchimento integral da LVSC foi insatisfatório. O *sign in* estava completo em 67,2% das listas analisadas, o *time out* em 67,5%, o *sign out* em 89,4% e, considerando todas as etapas juntas, o *checklist* foi integralmente preenchido em 50,4% das cirurgias. Van Klein et al., reforçam a influência da completude das checagens na redução das complicações cirúrgicas, fato também anunciado em estudo que encontrou falhas no preenchimento da lista e não verificou redução significativa na morbimortalidade cirúrgica após a implementação do *checklist*²⁴. No entanto a incompletude da lista também é uma realidade em outras instituições no Brasil e no exterior.^{27,21,26,28}

Ao se considerar os itens de cada etapa isoladamente, a adesão a todos eles podem ser considerados satisfatória, apesar de a maioria dos itens, com exceção da verificação do nome do paciente na sua entrada no CC, não terem apresentado conferência em todas as listas

analisadas.

A adesão de 100% à conferência da identidade do paciente no momento em que o mesmo entra no CC revela a preocupação dos profissionais com a prevenção da realização de procedimentos cirúrgicos em pacientes errados, uma vez que a não conferência do paciente pode se relacionar com o aumento de EA cirúrgico²⁹. A ANVISA preconiza a sistemática identificação dos pacientes a fim de certificar que o cuidado seja prestado ao paciente ao qual se destina⁸. Por outro lado, no *sign in*, a identificação do paciente foi um item que apresentou menor conferência. Uma possível justificativa é o fato de ser um item redundante, visto que já foi verificado no primeiro momento. Itens com respostas consideradas óbvias e elementos repetidos podem influenciar a baixa adesão ao procedimento.³⁰

Ainda na etapa “entrada” chama a atenção a adesão mais reduzida ao item jejum. A conferência do jejum do paciente, especialmente em procedimento eletivos, é importante a fim de planejar uma técnica anestésica segura e prevenir a aspiração traqueal de conteúdo gástrico.¹

No *sign in*, outro item com menor adesão, além da identificação do paciente, foi a conferência da validade da esterilização, prática relevante e impactante na prevenção da Infecção de Sítio Cirúrgico causada por quebra de técnica asséptica ao se utilizar material não estéril¹. Presume-se desconhecimento ou falta de cuidado da equipe com esse risco.

No *time out*, observou-se menor adesão à checagem da demarcação do sítio cirúrgico, presença de materiais especiais e previsão de eventos críticos. A conferência da marcação do local que será operado é importante para evitar operações em sítio cirúrgico errado ou no lado trocado. Nos Estados Unidos da América, notificaram-se a ocorrência de 1.500 a 2.500 procedimentos em local errado a cada ano, e no Brasil, esse EA ainda é notificado^{7,1}. Faz-se conjectura à displicência dos profissionais com esse EA. A conferência de todo o material necessário para o procedimento é importante a medida que permite que a operação transcorra

sem pausas por falta de insumos. A verificação da previsão de eventos críticos é essencial para o planejamento de ações e previsão e provisão de insumos necessários na ocorrência desses eventos¹. Além disso, ao se verificar eventos críticos com todos os profissionais presentes, intenciona-se promover comunicação com troca de informações relevantes entre os diferentes profissionais.^{31,1}

O *time out* é aplicado em um período onde os cirurgiões estão concentrados e focados no procedimento que irá se iniciar. A interrupção por parte do profissional que aplica a lista pode ser desconfortável para o condutor do *checklist*, configurando-se uma limitação para a adesão aos itens dessa fase.²⁸

No *sign out*, verificou-se que a menor adesão ocorreu na contagem de gases, compressas, agulhas e lâminas. A prática da contagem é de extrema relevância por impactar na prevenção da retenção inadvertida de materiais nas cavidades do paciente operado, um EA raro, porém evitável e de grande gravidade¹. A ocorrência desse evento é considerada um *Never Event*, ou seja, evento que nunca deveria ocorrer em serviços de saúde. O controle sistemático dos materiais em campo cirúrgico, através da contagem no início e no final da cirurgia, pode evitar efetivamente sua retenção dentro do paciente³². Também apontam a baixa adesão a esse processo de segurança, e corroborando com o achado nesse estudo, apontam a negligência da equipe cirúrgica com esse evento³¹. A contagem dos materiais e sua verificação verbal deve ser reforçada e encorajada, uma vez que a incidência desse evento é subnotificada e está aumentando.³³

Apesar de todos os itens terem sido checados frequentemente, o estudo aponta limitações no processo de segurança ao paciente cirúrgico devido a não completude do instrumento, como mencionado anteriormente, o que aponta situações de risco e sinaliza a necessidade de planejamento de estratégias para a melhoria contínua dos procedimentos de cuidado. Assim, esta pesquisa coopera para aprimorar a assistência da equipe cirúrgica no

contexto do cuidado ao paciente cirúrgico.

A literatura aponta que a dificuldade dos profissionais em aderirem ao processo pode estar relacionada à sensação de ser desnecessário a checagem de alguns elementos por apresentarem respostas óbvias. No entanto a redundância da lista é intencional a fim de lembrar a realização de tarefas mínimas necessárias, mesmo em situações rotineiras, onde as regras são mais flexibilizadas.^{29,31}

Além disso é possível que o preenchimento da lista seja influenciado pela percepção dos membros da equipe sobre a relevância dos itens de segurança. É importante que os mesmos conheçam a finalidade da checagem de cada elemento, evitando julgamentos infundados e incoerências na aplicação da lista^{34,21,28}. Os profissionais necessitam participar de programas educativos para que sejam empoderados sobre o uso adequado do *checklist* e despertados para a importância de sua aplicação na redução de complicações, o que poderiam melhorar a adesão à ferramenta e sua completude^{35,21}.

A implementação do *checklist*, embora seja de baixo custo, não é simples, uma vez que depende de aspectos culturais da instituição e dos profissionais^{35,28}. A utilização da LVSC exige uma mudança da cultura dentro dos centros cirúrgicos, e os benefícios do processo só serão percebidos se todos os profissionais apoiarem a implementação da checagem e as mudanças requeridas. A sustentabilidade da utilização da lista depende de um trabalho em equipe eficaz e receptivo às propostas de melhoria da qualidade da assistência¹⁴. Contudo, o grande desafio da campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” é o estabelecimento de uma cultura voltada para a segurança do paciente.¹⁰

Para mais da influência da cultura organizacional, o método utilizado em sua implementação pode influenciar na adequação do processo. A escolha de uma estratégia adequada pode gerar resultados mais positivos. Recomenda-se o envolvimento dos profissionais em todas as etapas da implementação, especialmente na adaptação da lista à

realidade local, além de atividades educativas constantes. No entanto a obrigatoriedade da aplicação da lista, por imposição da chefia, também é benéfica. A natureza compulsória da aplicação da LVSC pode aumentar a frequência de sua utilização, por outro lado, a negociação, envolvimento e empoderamento da equipe, aumenta a qualidade de seu uso^{35,21}.

Diante do exposto, recomenda-se a realização de auditorias constantes do processo na instituição do estudo e em todos os serviços cirúrgicos hospitalares, a fim de avaliar o seguimento ao protocolo de cirurgia segura e gerar embasamento para a tomada de decisão em busca da melhoria do procedimento.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou boa adesão a todos os itens de segurança presentes nas quatro fases da LVSC da instituição. No entanto, a completude do instrumento não foi satisfatória, o que pode comprometer a qualidade da assistência cirúrgica, visto que os benefícios da lista estão associados à sua completa verificação.

A introdução da LVSC na rotina de um centro cirúrgico é apenas um passo para o estabelecimento de uma cultura voltada para a segurança do paciente. Os membros da equipe cirúrgica precisam ser sensibilizados através de atividades educativas e motivacionais a fim de melhorar a adesão ao protocolo.

O estudo aponta a necessidade de avaliações constantes do procedimento, visando fazer o diagnóstico situacional, identificar falhas e traçar estratégias efetivas baseadas nas constatações.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas - orientações para cirurgia segura da Organização Mundial da

Saúde. *Org. Pan-Am Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária* [Periódico da internet] 2009 [acessado 2021 jun 17]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf

2. World Health Organization (WHO) World Alliance for Patient Safety. First Global Patient Safety Challenge: Clean care is Safer Care. *Geneva: World Health Organization* [Periódico da internet] 2006 [acessado 2021 jun 17]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf
3. World Health Organization (WHO) Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. *Geneva: World Health Organization* [Periódico da internet] 2017 [acessado 2021 jun 17]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
4. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet* [Periódico da internet] 2008 [acessado 2021 jun 17]; 372(9633):139-144. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18582931/>
5. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C, et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal of Health Care Quality Assurance* [Periódico da internet] 2009 [acessado 2021 jun 17]; 21(4):279-284. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19549674/>
6. Mendes W, Moura MLO. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol* [Periódico da internet] 2012 [acessado 2021 jun 17]; 15(3):523-535. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZV8SFG3rBWHCDRndLg4H7vr/?format=pdf&lang=pt>
7. Anvisa. Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde Boletim

Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20. [Periódico da internet] 2018 [acessado 2021 jun 17]. Disponível em:

<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/3074203/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n+20+-+Incidentes+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde+-+2018/094a8d6a-d6eb-4d90-9bc2-49047f4c2fe3>

8. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Anvisa* [Periódico da internet] 2013 [acessado 2021 jun 17]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
9. Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Client safety and the actions related to the surgical procedure. *Rev Elet Enferm* [Periódico da internet] 2011 [acessado 2021 jun 17]; 13(2):347-54. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/271234900_Seguranca_do_cliente_e_as_acoes_frente_ao_procedimento_cirurgico
10. Pancieri AP, Santos BP, Ávila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia Segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev Gaúcha Enferm* [Periódico da internet] 2013 [acessado 2021 jun 17]; 34(1):27. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>
11. Haynes AB, Weiser TG, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger P, Herbosa T et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine* [Periódico da internet] 2009 [acessado 2021 jun 17]; 360(5):491-499. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa0810119>
12. Haynes AB, Edmondson L, Lipsitz SR, Molina G, Neville BA, Singer SJ, et al. Mortality trends after a voluntary checklist-based surgical safety collaborative. *Annals of surgery*

[Periódico da internet] 2017 [acessado 2021 jun 17]; 266(6):923-929. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29140848/>

13. Mafra CR, Rodrigues MCS. Surgical safety checklist: An integrative review of the benefits and importance. *Rev. Pesq: Cuidado é Fundamental* [Periódico da internet] 2018 [acessado 2021 jun 17]; 10 (1):268-275. Doi: [10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275)
14. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ* [Periódico da internet] 2010 [acessado 2021 jun 17]; 340:b5433. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20071413/>
15. Bergs J, Hellings J, Cleemput I, Zurel O, Troyer V, Hiel MV, et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the world Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *British Journal of Surgery* [Periódico da internet] 2014 [acessado 2021 jun 17]; 101(3):150-158. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24469615/>
16. Nugent E, Hseino H, Ryan K, Traynor O, Neary P, Keane FBV. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. *Irish Journal of Medical Science* [Periódico da internet] 2013 [acessado 2021 jun 17]; 182(2):171-176. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22968898/>
17. Van Kley WA, Hoff RG, Van Aarnhem EE, Simmermacher RK, Regli LP, Kappen TH, et al. Effects of the introduction of the WHO “Surgical Safety Checklist” on in-hospital mortality: a cohort study. *Annals of Surgery* [Periódico da internet] 2012 [acessado 2021 jun 17]; 255(1): 44-49. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/22123159>
18. Ragusa PS, Bitterman A, Auerbach B, Healy WA. et al. Effectiveness of surgical safety checklists in improving patient safety. *Orthopedics* [Periódico da internet] 2016 [acessado 2021 jun 17]; 39(2):e307-e310. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26942472/>

19. Almeida RE, Rodrigues MCS. Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros. *Rev Rene* [Periódico da internet] 2018 [acessado 2021 jun 17]; 19:e32567. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324054783032/html/index.html>
20. Bartz-Kurycki MA, Anderson KT, Abraham JE, Masada KM, Wang J, Kawaguchi AL, et al. Debriefing: the forgotten phase of the surgical safety checklist. *Journal of Surgical Research* [Periódico da internet] 2017 [acessado 2021 jun 17]; 213:222-227. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28601318/>
21. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Periódico da internet] 2014 [acessado 2021 jun 17]; 30(1):137-148. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XRq3xPH7jMMMgXPSkkgqHSN/abstract/?lang=pt>
22. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety* [Periódico da internet] 2012 [acessado 2021 jun 17]; 21(3):191. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/21/3/191>
23. Giannattasio MB, Taniguchi FP. Avaliação da segurança do paciente em Cirurgia cardíaca de um hospital público. *Rev Sobecc* [Periódico da internet] 2016 [acessado 2021 jun 17]; 21(3):125-131. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/26>
24. Santana HT, Freitas MR, Ferraz EM, Evangelista MSN. WHO Safety surgical checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. *Journal of Infection and Public Health* [Periódico da internet] 2016 [acessado 2021 jun 17]; 9(5):586-599. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/81939411.pdf>
25. Helmio P, Takala A, Aaltonen LM, Pauniah SL, Ikonen TS, Blomgen. First year with WHO Surgical Safety Checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and user attitudes.

Clinical Otolaryngology [Periódico da internet] 2012 [acessado 2021 jun 17]; 37(4):305-308.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1749-4486.2012.02486.x>

26. Soria-Aledo V, Silva ZNA, Hernandez PJS, Polan MG, Carrillo A. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. *Cirugía Española* [Periódico da internet] 2012 [acessado 2021 jun 17]; 90(3):180-185. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853562>
27. Almeida RE, Rodrigues MCS. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. *Rev Gaúcha Enferm* [Periódico da internet] 2019 [acessado 2021 jun 17]; 40(spe):e20180270. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/V8VfZqNqcXhkHjxrzHjmXpy/?lang=pt>
28. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cad Saúde Púb* [Periódico da internet] 2017 [acessado 2021 jun 17]; 33(10):e00046216. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6MH9jwcMvzWRtzDZxVrJRHk/abstract/?lang=pt>
29. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul de Enferm* [Periódico da internet] 2013 [acessado 2021 jun 17]; 26(4):376-381. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>
30. Peixoto SKR, Pereira BM, Silva LCS. Checklist de cirurgia segura: um caminho à segurança do paciente. *Saúde & Ciência em Ação*[Periódico da internet] 2016 [acessado 2021 jun 17]; 2(1):114-129. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/203>
31. Mazieiro ESM, Silva AEBC, Mantovani MF, Cruz EDA. Adesão ao uso de um *checklist* cirúrgico para segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [Periódico da internet] 2015 [acessado 2021 jun 17]; 36(4):14-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>
32. Anvisa. Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após

realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília [Periódico da internet] 2017 [acessado 2021 jun 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-04-2017.pdf>

33. Silva, S. M.; Sousa, J. B. Gossypiboma after abdominal surgery is a challenging clinical problem and a serious medicolegal issue. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* [Periódico da internet] 2013 [acessado 2021 jun 17]; 26(2):140-143. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000200015>
34. Elias ACGP, Schimidt DRC, Yonekura CSI, Dias AO, Ursi ES, Silva RPJ, et al. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura em um hospital universitário público. *Rev. Sobecc* [Periódico da internet] 2015[Periódico da internet] 20(3):128-133. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/81>
35. Criado JVN, Dias BF, Carmo TG. Processo de implementação do protocolo de cirurgia segura. *Revista Cubana de Enfermería* [Periódico da internet] 2017 [Periódico da internet] 33(1). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1028/240>