

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AMANDA VIEIRA SEVERINO

**DIFICULDADES DE ADESÃO AO *CHECKLIST* DA CIRURGIA SEGURA EM
HOSPITAIS BRASILEIROS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo científico como requisito parcial na finalização do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Ciências da Saúde- FACES/CEUB, sob orientação da professora Cláudia Rodrigues Mafra.

BRASÍLIA, 2021

Dedico este trabalho de conclusão de curso ao meu pai Argeu Canela Severino (em memória).

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai Argeu Severino por todo o esforço em me proporcionar tudo o que eu sempre precisei durante todo o tempo em que estivemos juntos.

A minha irmã Rosane Severino que sempre me incentivou a estudar e a crescer a cada dia.

Ao meu noivo Diego Sampaio por todo o apoio nessa jornada e por continuar ao meu lado nos momentos mais difíceis que passamos.

A minha amiga Mayara Caldeira pelo incentivo para ingressar na faculdade, és um exemplo de profissional a ser seguido.

A minha professora/orientadora Cláudia Mafra pelos ensinamentos, ajuda e paciência durante esse semestre.

E a todos os professores do UniCEUB que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional até aqui.

Amo todos vocês e sou grata por tudo o que sempre fizeram e fazem para mim.

“A enfermagem é uma arte, e para realiza-la como arte, requer uma devoção tão grande, tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor. Pois, o que é tratar da tela morta, ou do frio mármore, comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes. Poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.”

Florence Nightingale

Dificuldades de Adesão ao Checklist da Cirurgia Segura em Hospitais Brasileiros

Amanda Vieira Severino¹
Cláudia Rodrigues Mafra²

Resumo

Atualmente, os procedimentos cirúrgicos tornaram-se uma prática essencial na área da saúde. Sendo assim a OMS preocupada com a segurança dos pacientes cirúrgicos apresenta no ano de 2008 uma lista de verificação de segurança, o *checklist* cirúrgico, cujo objetivo é garantir que a equipe cirúrgica seguirá passos críticos de segurança, minimizando possíveis erros e falhas, que coloquem em risco o bem estar e a vida do paciente. Dito isso, o objetivo do presente trabalho foi identificar, através da literatura, as principais dificuldades encontradas por algumas instituições de saúde do Brasil quanto a adesão dos profissionais da equipe cirúrgica a utilização do *checklist* cirúrgico. Conclui-se que embora o *checklist* seja de fácil aplicação e não requeira grande investimento financeiro, ainda encontra vários entraves para sua adesão e correta aplicação pelas equipes cirúrgicas.

Palavras-Chave: segurança do paciente; cirurgia segura; *checklist* cirúrgico; adesão.

Difficulties in Adhering to the Safe Surgery Checklist in Brazilian Hospitals

Abstract

Currently, surgical procedures have become an essential practice in healthcare. Therefore, the WHO, concerned with the safety of surgical patients, presents in 2008 a safety checklist, the surgical checklist, whose objective is to ensure that the surgical team will follow critical safety steps, minimizing possible errors and failures, which they place in risk the well-being and life of the patient. That said, the objective of this study was to identify, through the literature, the main difficulties encountered by some health institutions in Brazil regarding the adherence of professionals in the surgical team to the use of the surgical checklist. It is concluded that although the checklist is easy to apply and does not require large financial investment, there are still several obstacles to its adherence and correct application by the surgical team.

Keywords: patient safety; safe surgery; surgical checklist; accession.

¹ Estudante do Curso de Bacharelado em Enfermagem

² Professora Titular da Faculdade de Ciências da Saúde do Curso de Bacharelado em Enfermagem- FACES/UniCEUB

1.INTRODUÇÃO

Hipócrates (460 a 370 A.C.), o pai da medicina, a mais de 2000 anos, criou o princípio “*primum non nocere*” que, em uma tradução literal, poderia ser descrito como “primeiro não cause danos”. A criação desse princípio já demonstrava a preocupação em não causar malefícios ao paciente, atualmente denominado eventos adversos, enquanto ele estiver sendo assistido por profissionais da saúde (OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA, 2018).

Compreende-se como todo incidente não intencional e que tenha como resultado prejuízo ao paciente, relacionado aos cuidados à saúde, como sendo um evento adverso (EA). Ele é grave e pode levar a danos físicos, psicológicos ou sociais, temporários ou permanentes, que compromete uma função ou estrutura do corpo, incluindo, incapacidades, lesões, doenças, dor, sofrimento e até a morte. Os EAs cirúrgicos são responsáveis por quase metade dos danos causados pela assistência prestada à saúde (BRASIL, 2014).

Complicações relacionadas a procedimentos cirúrgicos tornaram-se ao longo dos anos constantes, representando atualmente um grave problema de saúde no mundo todo. Dados epidemiológicos de 2019 demonstraram que 1 entre 300 pacientes internados em hospitais morrem, a causa da morte, em mais de 50% dos casos, foi atribuída a eventos adversos (EAs) cirúrgicos evitáveis (MAGNANO et al., 2019).

Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), já preocupada com a segurança dos usuários das entidades de saúde, no ano de 2004 criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com a intenção de obter melhor segurança na prestação da assistência à saúde. O movimento visa despertar o envolvimento político e o engajamento profissional, apoiando e estimulando boas práticas profissionais e o desdobramento de políticas públicas (SOBECC, 2017).

Dessa forma, um dos focos centrais da Aliança foi a criação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. Assim, o 1º desafio (2005-2006) chamou a atenção para as infecções adquiridas através da prestação de cuidados à saúde. Já o 2º desafio (2007-2008), focou sua atenção à segurança na prática cirúrgica. Tais desafios têm a constante necessidade de aprimoramento e a garantia da segurança nas intervenções em saúde (ANVISA, 2017).

Defronte a esse cenário, onde se faz importante a adoção de padrões para redução de riscos e mitigação de eventos adversos (EAs), o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) da OMS, apresentaram, em 2009, o protocolo para a execução de medidas do projeto Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (OMS, 2009).

O centro cirúrgico (CC) é uma unidade considerada complexa e de alto risco, suscetível a falhas e EAs, podendo gerar complicações e morte aos pacientes (GUTIERRES et al., 2019). Pesquisas realizadas demonstraram que complicações cirúrgicas acometem entre 3% e 16% dos pacientes e a mortalidade ocorre entre 0,4% e 0,8%, podendo chegar, em países subdesenvolvidos, entre 5% e 10%. Tais complicações podem ter relação com o acontecimento de EAs, que, por sua vez, metade deles são considerados evitáveis (OLIVEIRA; GAMA, 2019).

Martins e Dall'Agonol (2016) trazem como definição de centro cirúrgico um setor hospitalar onde são realizados procedimentos anestésicos-cirúrgicos, de caráter eletivo, urgência ou emergência, com propósitos diagnósticos, terapêuticos ou de cura. É considerado um setor de alto risco, pois os processos são interdependentes da atuação profissional individual e de equipe, práticas complexas e interdisciplinares, em condições dominadas, muitas vezes, por estresse e pressão.

Atualmente, devido ao rápido avanço tecnológico e a transição epidemiológica da população, procedimentos cirúrgicos tornaram-se uma prática essencial na área da saúde (RIBEIRO et al., 2017). A OMS, baseada em dados de seus 56 países membros, estimou que no mundo, anualmente, são realizadas 234 milhões de cirurgias, com uma média de 1 procedimento para cada 25 indivíduos (MAFRA; RODRIGUES, 2018), obtendo como resultado 7 milhões de complicações e 2 milhões de óbitos (MARQUES et al., 2020).

Portanto, o protocolo da cirurgia segura, entra como estratégia adotada pelo MS, visando quatro maneiras de aprimorar a segurança do paciente e diminuir o número de complicações e mortes, sendo elas: indicadores de assistência cirúrgica, equipes cirúrgicas e anestesia seguras e prevenção de infecção de sítio cirúrgico (NETA et al. 2019).

Sendo a assistência cirúrgica complexa e que envolve várias etapas que necessitam ser seguidas e otimizadas para cada paciente, e visando a redução de complicações e perdas desnecessárias de vida, o manual trás para as equipes cirúrgicas 10 objetivos básicos e fundamentais, descritos no quadro abaixo, como orientação para um procedimento cirúrgico mais seguro (OMS, 2009).

Quadro 1- Objetivos do Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas.

DEZ OBJETIVOS FUNDAMENTAIS PARA A CIRURGIA SEGURA
1. A equipe operará o paciente e local cirúrgico corretos.
2. A equipe utilizará métodos conhecidos para prevenir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.

3. A equipe irá identificar e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que coloquem em risco a vida.
4. A equipe irá identificar e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica conhecidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará de forma sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no local cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas cavidades cirúrgicas.
8. A equipe irá manter seguros e identificará corretamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe irá se comunicar efetivamente e compartilhará informações críticas para a condução segura da cirurgia.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública irão estabelecer vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Fonte: Adaptado da OMS, 2009.

O manual também apresenta um *checklist*, ou seja, uma lista de verificação de segurança, que orienta uma interação verbal entre a equipe multiprofissional, assegurando que o modelo apropriado de assistência cirúrgica está sendo garantido individualmente para cada paciente (OMS, 2014). O objetivo principal do *checklist* cirúrgico é garantir que a equipe cirúrgica estará seguindo passos críticos de segurança, minimizando erros e falhas, evitáveis, que coloquem em risco a saúde e a vida do paciente (MIRANDA; ITACARAMBI, 2019).

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo identificar, através da literatura, as principais dificuldades encontradas por algumas entidades de saúde do Brasil quanto a adesão dos profissionais da equipe cirúrgica a utilização do *checklist* da cirurgia segura.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa descritiva que, segundo Gil (2008), é desenvolvida a partir de material já elaborado e publicado, constituído principalmente de artigos científicos e livros. A cobertura de uma gama de fenômenos, muito mais ampla do que aquela que o investigador poderia pesquisar diretamente, é a principal vantagem da pesquisa bibliográfica.

A busca dos artigos foi realizada por meio de publicações da literatura científica, via *online*, nas fontes de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de dados em Enfermagem (BDENF), todos via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram utilizadas publicações realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Repositório Institucional do CEUB. Os seguintes Descritores de Ciências da Saúde (DesCS) foram utilizados: “segurança do paciente”, “cirurgia segura”, “*checklist* cirúrgico”, “adesão”.

Os critérios considerados para a inclusão dos artigos utilizados foram: artigos científicos, disponíveis *online*, gratuitos, na língua portuguesa, publicados no período entre 2011 a 2021, que abordassem a temática de adesão ao *checklist* da cirurgia segura. Após pesquisa e leitura, foram utilizadas 44 publicações. Trabalhos como dissertações, monografias e teses fizeram parte dos critérios de exclusão. .

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Segurança do Paciente

Pode-se afirmar que o tema segurança do paciente teve seu marco na década de 1990, a partir da publicação do relatório *To Err is Human: building a safer health system* pelo *Institute of Medicine of the National Academies*. Tal relatório surgiu através da realização de duas pesquisas em 3 hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) após revisões em prontuários. Chegou-se à conclusão que anualmente, aproximadamente, 100 mil pacientes morreram vítimas de EAs, resultando em uma taxa de letalidade que ultrapassou óbitos de pacientes ocasionados por atropelamento, HIV positivo e câncer de mama (BRASIL, 2014).

Posteriormente a publicação do relatório, durante a realização da 55^o Assembleia da Saúde Mundial, no ano de 2002, aprovou-se uma resolução na qual os estados integrantes da OMS fossem incentivados a dedicar maior atenção a questões relacionadas à segurança do paciente. Ficou definido também que a OMS assumiria a liderança estabelecendo padronizações e normas, que dessem suporte aos países, que por sua vez, criariam políticas públicas e ações garantindo a segurança do paciente (OMS, 2009).

Sendo assim, a OMS criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, aprovada durante a realização da 57^o Assembleia da Saúde Mundial (SOBECC, 2017). Dessa forma, um dos focos centrais da Aliança é a criação de Desafios Globais para a Segurança

do Paciente. O 2º desafio, proposto nos anos de 2007-2008, focou sua atenção à segurança na prática cirúrgica (ANVISA, 2017).

No Brasil, no ano de 2013, foi instituído pelo MS o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da portaria nº 529, com o objetivo geral de qualificar o cuidado nas instituições brasileiras de saúde. Já os objetivos específicos visavam, apoiar e promover iniciativas a favor da segurança do paciente, através da criação de núcleos de segurança e gestão de risco nas instituições, envolvimento dos paciente e seus familiares nas ações de cuidado, ampliação do acesso as informações referentes à segurança para a sociedade, produção e difusão de conhecimentos acerca do assunto, bem como, estimular a inclusão do tema na formação técnica, ensino superior e pós graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

No mesmo ano, a Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a RDC nº 36, com o objetivo principal a criação de ações visando a melhoria da qualificação das entidades de saúde e a promoção da segurança do paciente, nas instituições brasileiras de saúde, incluindo instituições de ensino e pesquisa. A RDC traz em seu conteúdo a definição de cultura de segurança como sendo:

“Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.” (ANVISA, 2013).

Porém, antes mesmo da instituição do PNSP (2013), no ano de 2009, o MS, em conjunto com a OPAS da OMS, já haviam apresentado o protocolo para a execução de medidas do projeto Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (OMS, 2009).

Com o propósito de auxiliar na diminuição de EAs as equipes atuantes em cirurgias, a aliança consultou enfermeiros, médicos, anestesistas, especialistas em segurança, como também os próprios pacientes, e identificou um conjunto de informações que poderiam ser verificados antes de um procedimento cirúrgico. O *checklist* cirúrgico foi projetado para ser simples e breve, podendo ser facilmente aplicado em qualquer sala operatória, por qualquer integrante da equipe cirúrgica (OMS, 2014).

Infraestrutura inapropriada, baixa qualidade dos materiais e insumos, falta de capacitações e carência de recursos humanos são fatores primários que levam a EAs. Já a não identificação do doente, a comunicação deficiente entre as equipes, não conferência de materiais e equipamentos, intervenções, sítios cirúrgicos e pacientes incorretos, distrações e condutas inapropriadas no pós operatório são fatores que ocasionam erros e que podem ser prevenidos (RINALDI et al., 2019).

3.2 Checklist da Cirurgia Segura

Para a mudança prática e efetiva de medidas preventivas o primeiro passo é a percepção do risco (MAFRA; RODRIGUES, 2018). O *checklist* da cirurgia segura contribui para essa percepção, auxiliando a recordar todas as tarefas, que precisam ser realizadas a cada etapa do procedimento cirúrgico sendo elas: antes da indução anestésica (*sig in*), antes da incisão cirúrgica (*time out*) e antes de retirar o paciente da sala cirúrgica (*sig out*) (MIRANDA; ITACARAMBI, 2019).

Dessa forma, o *checklist* cirúrgico prevê que antes de se induzir a anestesia, o profissional que ficará responsável pela execução da lista, irá verificar verbalmente com o paciente, quando viável, sua identificação (nome completo, data de nascimento e, se necessário, nome da mãe), sítio cirúrgico, procedimento que será realizado, se o consentimento informado foi assinado e se tem alergia conhecida (SANTOS; DOMINGUES; EDUARDO, 2020).

A correta identificação do paciente e sítio cirúrgico é essencial (verificados no *sig in* e no *time out*), uma vez que, cirurgias em pacientes certos mas em sítio cirúrgico equivocado, já está evidenciado pela OMS como sendo um dos desafios a serem enfrentados. Em especialidades, a exemplo da ortopedia que envolve dupla lateralidade, a possibilidade do local cirúrgico estar errado é maior ainda (AMAYA et al., 2015).

Posteriormente ao *sig in*, o condutor da lista confirmará visualmente se o local cirúrgico foi demarcado, quando aplicável, assim como se a monitorização foi instalada e se está funcionando. O profissional também irá verificar com o anestesista se a verificação anestésica foi concluída, se o paciente tem via aérea de difícil acesso e risco de bronco aspiração, bem como, risco hemorrágico (NETA et al., 2019). Situações relacionadas a oxigenação, a perfusão e a ventilação são condições significativas de morbimortalidade, sendo assim, a identificação precoce da ameaça de sangramento e de via aérea difícil é de fundamental importância (MARQUIONI et al., 2019).

O *checklist* ainda indica que, antes de se realizar a incisão cirúrgica (*time out*), todos os profissionais envolvidos no procedimento se apresentarão pelo nome e função. Será

confirmada a correta identificação do doente, da cirurgia proposta e do local cirúrgico. Verificarão eventos críticos previsto no seu planejamento (cirúrgicos-anestésicos). Por fim, será confirmada a administração de antibiótico profilático e se imagens diagnósticas estão disponíveis (SOUZA, 2019).

A verificação da administração de antimicrobiano profilático é um importante método utilizado na prevenção da infecção do sítio cirúrgico (ISC). A ISC é uma complicação grave e frequente atingindo, em média, 38% dos pacientes submetidos a cirurgias, contribuindo com a alta do tempo de internação e dos custos hospitalares, bem como o aumento da morbimortalidade (FERREIRA et al., 2019).

Por fim, após fechada a incisão e previamente ao paciente ser retirado da sala operatória (SO) (*si out*) e ser encaminhado para a sala de recuperação pós anestésica (SRPA), a equipe e o executor do *checklist*, revisarão, em conjunto, o procedimento que foi executado. Em cada fase, o condutor do *checklist*, confirma verbalmente com a equipe cada tarefa para que esta possa prosseguir (PORTO, 2014).

Ainda, a contagem de compressas, gases, instrumentais cirúrgicos e agulhas, bem como se houve peça a ser encaminhada para a anatomia patológica e a sua correta identificação, a sinalização se houveram problemas com os equipamentos utilizados, e a revisão das preocupações essenciais a recuperação e manejo pós operatório do paciente, também fazem parte do preenchimento final do *checklist* (SANTOS; DOMINGUES; EDUARDO, 2020).

Cada item do *checklist* expressa a oportunidade de prevenção da ocorrência de erros funcionando como um alerta (MAGNANO et al., 2019). Embora a OMS tenha disponibilizado um modelo de *checklist*, cada instituição pode adequar e adaptar o instrumento conforme necessidade, como também frente as solicitações das equipes cirúrgicas (OLIVEIRA et al., 2018).

A OMS também orienta as instituições que, se necessidade de adequação, itens já preconizados e com comprovação científica não devem ser excluídos, bem como, que as instituições não tornem o instrumento excessivamente complexo, facilitando sua adesão a cultura organizacional e ao processo de trabalho (RIBEIRO et al., 2017).

Para a OMS, o *checklist* tem componentes fundamentais para uma assistência cirúrgica mais eficiente. Isto se deve ao fato de servir como uma barreira para evitar falhas humanas, apoiar ações de controle de qualidade, criar e manter uma cultura de segurança em SO, padronizar etapas para facilitar a coordenação dos membros da equipe, e por fim, auxiliar a memória melhorando o desempenho de qualquer tarefa (DEL CORONA; PENICHE, 2015).

Ferreira et al. (2019), em seu estudo, cita como benefícios na utilização do checklist a redução no número de erros decorrentes de falhas na comunicação entre as equipes, aumento do uso de antibiótico profilaxia, redução na incidência de complicações e mortalidade, bem como a coordenação facilitada da equipe cirúrgica.

Pesquisa realizada em 8 hospitais de 8 países, apresentando diferentes contextos econômicos, trouxe como resultado, após efetivação do *checklist* em cirurgias eletivas, queda de 11% para 7% das complicações e 1,5% para 0,8% dos óbitos, bem como aumento de 55% para 83% do uso de antibióticos, o que resultou na diminuição de ISC (FREITAS et al., 2014).

Diante da complexidade do ambiente cirúrgico, onde os profissionais estão sujeitos a falhas de memória e de atenção, principalmente em questões rotineiras, facilmente negligenciadas, é de suma importância a adesão ao *checklist* da cirurgia segura (RIBEIRO et al., 2019). Contudo, no Brasil, a prática ainda não está consolidada, sendo alvo, muitas vezes, de críticas pelos profissionais que, além de desconhecer sua real finalidade, também o consideram somente mais um instrumento burocrático (OLIVEIRA; GAMA, 2019).

Peixoto, Pereira e Silva (2016) em seu estudo, trouxeram as principais falhas apontadas como sendo responsáveis pelos altos índices de EAs cirúrgicos, sendo elas: falta de comunicação entre as equipes, inexperiência profissional, falta de capacitações, problemas com a esterilização dos materiais e com equipamentos, omissão de relato por negligência ou medo, condições inadequadas de trabalho, sobrecarga de horas de plantão e baixa remuneração, falta de verificação anestésica, uso irracional de antibióticos, elevado tempo de cirurgia, preparo do local cirúrgico maior que 2 horas, preenchimento incorreto e extravio de documentos, bem como falhas na gestão.

O *checklist* vem com o propósito de certificação da segurança nos procedimentos anestésicos- cirúrgicos e a melhora nas condições da assistência prestada. O preparo para possíveis eventos inesperados e a diminuição do desconforto advindo dessas situações, a troca de conhecimentos, informações e ansiedades entre as equipes, e a padronização e ordenação dos procedimentos são situações que o *checklist* consegue proporcionar (RINALDI et al., 2019).

3.3 Dificuldades na Adesão ao *Checklist*

Um dos objetivos do *checklist* é promover a melhora na comunicação e no trabalho entre as equipes atuantes em cirurgias (MIRANDA; ITACARAMBI, 2019). Embora a comunicação seja parte primordial do trabalho em conjunto, as equipes cirúrgicas tendem a ser fortemente hierarquizadas. O elo da comunicação fica fragilizado, pois os membros relutam em se comunicar entre os níveis hierárquicos. Existe uma segmentação entre as

categorias profissionais no CC, o que se torna uma barreira para a adesão ao *checklist* e um risco de EA para o paciente (ALMEIDA; RODRIGUES, 2019).

Bohomol e Melo (2019), corroboram quando dizem que comportamentos arrogantes e inadequados entre as equipes multiprofissionais ocorrem com frequência no CC gerando inúmeros conflitos, comprometendo e afetando, negativamente, o atendimento ao paciente. Sendo assim, essa ferramenta surge com o potencial de estimular a união, contribuir para a redução de complicações, coordenar a assistência cirúrgica, assim como, fomentar o aprimoramento da cultura de segurança (RIBEIRO et al., 2019).

Embora a implementação do *checklist* não tenha a necessidade de grande investimento financeiro e alcance resultados satisfatórios, não é algo simples na prática, pois envolve desde aspectos organizacionais e estruturais, até culturais e individuais. Algumas barreiras foram encontradas quanto a sua adesão, sendo a principal delas a resistência dos profissionais médicos (RIBEIRO et al., 2017).

Santos, Domingues e Eduardo (2020) também trouxeram o relato de pouco engajamento da categoria médica a aplicação do *checklist*. Ainda, este aspecto foi encontrado em estudos realizados no Canadá e Inglaterra. No Brasil, foi documentado que a não participação da equipe médica na realização do *checklist* gerou, em alguns momentos, constrangimentos para o pessoal da enfermagem.

Tal qual Rinaldi et al. (2019) destacaram que os principais problemas observados para a não adesão ao protocolo foram: a não participação ou rejeição, por parte de alguns profissionais, em responder verbalmente aos itens a serem checados, a carência de conhecimento e treinamento para a correta execução da ferramenta, comunicação deficiente e ausência de apoio de chefias e da própria instituição. Assim como, estudo produzido em um hospital público de grande porte em São Paulo, considerou como sendo grandes barreiras para a adesão ao checklist o não comprometimento dos profissionais e da respectiva instituição de saúde (ELIAS et al., 2015).

De uma forma geral, os profissionais envolvidos no ato cirúrgico compreendem a importância e a necessidade do *checklist* para garantir a segurança tanto do paciente quanto da própria equipe, porém muitos fatores interferem em sua eficácia, a exemplo da não participação ativa da equipe nas fases do instrumento, falta de comunicação efetiva, implementação ineficaz da ferramenta que, em muitas instituições, se deu de forma burocrática, isto é, somente mais um papel a ser preenchido e um protocolo a ser seguido, bem como capacitações e treinamentos ineficazes (ITACARAMBI, 2019).

Visto que, os profissionais da enfermagem são considerados fundamentais para a aplicação do *checklist* observa-se que, se não possuírem conhecimento sobre o instrumento ou não estiverem devidamente treinados e preparados, a aplicação do *checklist* ficará

comprometida. Foram observadas que, preocupações com a provisão de materiais e a limpeza do ambiente são consideradas mais importantes do que a comunicação entre equipes, contagem de compressas e instrumentais, demarcação do local cirúrgico, lateralidade e avaliação de possível perda sanguínea (GERES; CREMONESE; SCHUH, 2020).

É importante destacar que o impacto esperado na segurança do paciente não será alcançado se os itens do *checklist* forem marcados sem a devida conferência, ficando distante do real objetivo de sua utilização. O preenchimento sem verificação incorre sobre aspectos éticos e legais, com consequências a todos os profissionais que compõem a equipe cirúrgica (MARQUIONI et al., 2019).

Conforme preconizado pela OMS, a maioria dos itens do *checklist* deverão ser confirmados verbalmente, representando assim o compromisso da equipe presente de que itens de segurança foram checados e que o procedimento pode ser iniciado com segurança. Porém, pesquisa observacional realizada demonstrou que a maioria dos itens foram frequentemente registrados sem verificação, bem como não foram confirmados verbalmente (MAZIERO et al., 2015).

Purim et al (2019) preconizam que acadêmicos da área da saúde, durante sua formação, sejam conscientizados acerca de suas responsabilidades na segurança do paciente. Sendo assim, universidades e hospitais escolas podem servir como estratégia para conhecimento e posterior difusão do *checklist* nas entidades de saúde (FREITAS et al., 2014).

Logo, a união das equipes cirúrgicas com o propósito de beneficiar os pacientes, aplicando seus conhecimentos e habilidades, previnem, consideravelmente, complicações advindas do ato cirúrgico que possam vir a ameaçar a vida do doente. Entretanto, a maior dificuldade encontrada para o bom desempenho da equipe cirúrgica e do ato cirúrgico está intrinsecamente relacionada a própria equipe, pois são eles os responsáveis por manterem uma comunicação efetiva e um bom relacionamento (GOMES et al., 2016).

Um estudo desenvolvido sobre a checagem dos itens do *checklist* em hospitais brasileiros, identificou que a prática ainda é inadequada, pois a média de aferição da maioria dos itens de segurança ficou menor que 80% (ALMEIDA; RODRIGUES, 2019). Souza et al. (2020) apresentaram que dois hospitais do Rio Grande do Norte revelaram que a baixa adesão ao *checklist* cirúrgico, possivelmente, contribuiu para o acontecimento de EAs tais como: aumento na permanência do tempo de internação, risco de nova internação e intervenção cirúrgica, necessidade de terapia intensiva e mortalidade.

Em vista disso, a cultura de segurança, para ser estabelecida, deverá envolver trabalho em equipe, gestão organizacional, comunicação efetiva, crenças individuais, lideranças ativas, aprendizado com as falhas e cultura não punitiva, cultura esta considerada

uma área a ser trabalhada e otimizada (ALMEIDA; RODRIGUES, 2018). Pois, para a redução de erros é necessário admiti-los e comunica-los quando acontecem, para que se possa aprender e prevenir o acontecimento de casos similares no futuro. Porém, em meio a uma prática de culpa, humilhação e punição, alguns EAs não são relatados (PANCIERI et al., 2013).

Portanto, para que a assistência seja qualificada de forma integral e os EAs sejam minimizados, a segurança do paciente deve ser muito mais abrangente do que apenas checagens, precisa envolver um conjunto de práticas que deverão estar alinhadas (SOUZA et al., 2020). Assim, somente a imposição dos protocolos pelas instituições não é suficiente, é preciso que os trabalhadores aceitem o processo e o incorporem a prática diária, compreendam sua importância e necessidade, e façam uso desta ferramenta (PANCIERI et al., 2013).

Dessa forma, a educação permanente entra como principal investimento para uma eficaz implementação do *checklist*, ampliando o conhecimento dos profissionais envolvidos nas intervenções cirúrgicas, promovendo o trabalho em equipe e a divisão de responsabilidades (PANZETTI et al., 2020). Logo, para que se obtenha melhora nas características da assistência, a qualidade do protocolo e de sua implantação deverá ser efetiva (PORTO, 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente preocupação com a vida e o bem estar do paciente cirúrgico, fez com que a OMS e seus estados membros, tomassem a frente para que medidas relevantes de segurança fossem criadas e implementadas à prática diária dos centros cirúrgicos, tornando-se um marco importante na história da saúde.

Sendo assim, surge o *checklist* cirúrgico, um instrumento simples, de fácil e rápida aplicabilidade, considerado de baixo custo de efetivação. Cujo objetivo é a melhora da assistência cirúrgica, da segurança do paciente, como também da própria equipe envolvida, podendo ser adequado e aplicado em qualquer sala cirúrgica, independentemente do contexto econômico da instituição de saúde.

Entretanto, ficou claro que apesar do vários benefícios advindos da aplicação do *checklist*, muitos entraves ainda dificultam sua adesão a prática diária. Sendo os principais, a resistência da equipe médica em participar das fases do checklist, como também a resistência da equipe de enfermagem, que o consideram, muitas vezes, somente mais um papel burocrático a ser preenchido.

Portanto, é necessário que chefias e instituições de saúde se comprometam com o monitoramento contínuo e com a realização de *feedbacks*, como também com o desenvolvimento de estratégias e a prática da educação continuada para melhor adesão e uso efetivo da ferramenta. É preciso envolver as equipes multiprofissionais em todas as etapas necessárias à implementação do checklist, e não somente impor seu preenchimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.E.; RODRIGUES, M.C.S. Execução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em Operações Pediátricas: Avaliação da Conformidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.40, n. spe, e20180270, abr. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180270>.

ALMEIDA, R.E.; RODRIGUES, M.C.S. Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em Hospitais Brasileiros, **Revista Rene**, v.19, e32567, out. 2018. Doi: 10.15253/2175-6783.20181932567.

AMAYA, M.R. et al. Análise do Registro e Conteúdo de Checklist para Cirurgia Segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Curitiba, PR, v.19, n.2, p. 246- 251, jun. 2015. Doi: 10.5935/1414-8145.20150032.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília-DF, ANVISA: 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Caderno-1-Assist%C3%Aancia-Segura-Uma-Reflex%C3%A3o-Te%C3%B3rica-Aplicada-%C3%A0-Pr%C3%A1tica.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, ANVISA, 2016. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) **Resolução RDC Número 36, de 25 de julho de 2013**. Institui Ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá Outras Providências. Brasília-DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 maio 2021.

BOHOMOL, E.; MELO, E.F. Cultura de Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Percepção da Equipe de Enfermagem. **Revista SOBECC**. São Paulo, v.24, n.3, p.132-138, set. 2019. Doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900030004>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília-DF, Ministério da Saúde: 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Número 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília-DF. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 maio 2021.

DEL CORONA, A.R.P.; PENICHE, A.C.G. A Cultura de Segurança do Paciente na Adesão ao Protocolo da Cirurgia Segura. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.20, n.3, p.179-185, set. de 2015. Doi: 10.5327/Z1414-4425201500030009.

ELIAS, A.C.G.P. et al. Avaliação da Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura em Hospital Universitário Público. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.20, n.3, p.128-133, set. 2015. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/81>. Acesso em: 19 maio 2021.

FERREIRA, N.C.S. et al. Checklist de Cirurgia Segura: Conhecimento e Utilização do Instrumento na Perspectiva dos Técnicos de Enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.9, e2608, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2608>.

FREITAS, M.R. et al. 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**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.137-148, jan. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>.

GERES, A.R.D; CREMONESE, L.; SCHUH, L.X. Implantação e Adesão do Checklist de Cirurgia Segura em Instituições Hospitalares: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e97985093, jun. 2020. Disponível em: <http://www.ub.edu/obipd/wp-content/uploads/2020/07/society-and-development.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª edição. Editora Atlas S.A., São Paulo, 2002. p. 44-45. Disponível em: http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

GOMES, C.D.P.P. et al. Percepção de uma Equipe de Enfermagem Sobre a Utilização do Checklist Cirúrgico. **Revista SOBEC**, São Paulo, v.21, n.3, p.140-145, dez. 2016. Doi: 10.5327/Z1414-4425201600030004.

GUTIERRES, L.S. et al. Adesão aos Objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas: Perspectiva de Enfermeiros. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.27, e3108, fev. 2019. Doi: 10.1590/1518-8345.2711.3108.

ITACARAMBI, L.R. **Desafios para Implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um Hospital do Distrito Federal**, 26 pág., 2019. Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário de Brasília- UniCEUB. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13627>. Acesso em: 19 maio 2021.

MAFRA, C.R.; RODRIGUES, M.C.S. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.10, n.1. p. 268-275, mar. 2018. Doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275.

MAGNANO, T.S.B.S. et al. Avaliação da Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Universitário. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, RS, v. 9, n. 63, p. 1-15, nov. 2019. Doi: 10.5902/2179769236780 ISSN 2179-7692.

MARQUES, L.M. et al. A Tecnologia de Informação em Prol da Segurança do Paciente: o Uso de Aplicativos em Dispositivos Móveis na Adesão ao Checklist Cirúrgico. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2020. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4220/245>. Acesso em: 19 maio 2021.

MARQUIONI, F.S.N. et al. Cirurgia Segura: Avaliação da Adesão ao Checklist em Hospital de Ensino. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.24, n.1, p.22-30, mar.2019. Doi: <https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010006>.

MARTINS, F.Z; DALL'AGNOL, C.M. Centro cirúrgico: Desafios e Estratégias do Enfermeiro nas Atividades Gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.37, .4, e56945, dez. 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>.

MAZIERO, E.C.S. et al. Adesão ao Uso de um Checklist Cirúrgico para a Segurança do Paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.36, n. 4, p. 14-20, dez. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>.

MIRANDA, L.G.V; ITACARAMBI, L.R. **Avaliação da Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura em Hospital do Distrito Federal**, 2019. Programa de Iniciação Científica. Centro Universitário de Brasília- UniCEUB. Brasília-DF, 2019. Doi: <https://doi.org/10.5102/pic.n1.2018.6333>.

MIRANDA, L.G.V. **Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem Sobre o Checklist de Cirurgia Segura**, 26 pág., 2019. Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário de Brasília- UniCEUB. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13604>. Acesso em: 19 maio 2021.

NETA, A.F. et al. Segurança do Paciente e Cirurgia Segura: Taxa de Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Escola. **Revista Nursing**, São Pulo, v.22, n.259, p. 3380- 3383, dez. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/259/pg22.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

OLIVEIRA, A.C.; ABREU, A.R.; ALMEIDA, S.S. Implantação do Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Universitário. **Enfermagem em Foco (COFEN)**, Brasília, DF, v. 8, n. 4, p. 07-12, fev. 2017. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.972>.

OLIVEIRA, M.C.B. et al. Adesão do Checklist Cirúrgico a Luz da Cultura de Segurança do Paciente. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.23, n.1, p.36-42, abr. 2018. Doi: 10.5327/Z1414-4425201800010007.

OLIVEIRA, A.C.; GAMA, C.S. Checklist Cirúrgico, **Revista SOBECC com Você no Bloco Operatório**, São Paulo, ano.IV, n.4, p. 23,24,25, dez. 2019.

OMS (Organização Mundial da Saúde) **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente. Cirurgias Seguras Salvam Vidas**. Organização Pan-Americana da Saúde- Representação Brasil; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília-DF, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

OMS (Organização Mundial da Saúde) **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas**. Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília-DF, 2014.

Disponível em:

https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual_de_Implementao_da_LVSC.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

PANCIERI, A.P. et al. Checklist de Cirurgia Segura: Análise da Segurança e Comunicação das Equipes de um Hospital Escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.34, n.1, p.71-78, mar. 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>.

PANZETTI, T.M.N. et al. Adesão da Equipe de Enfermagem ao Protocolo de Cirurgia Segura. **Revista Acervo Saúde**, v.12, n.2, e2519, fev. 2020.

Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2519.2020>.

PEIXOTO, S.K.R.; PEREIRA, B.M.; SILVA, L.C.S. Checklist de Cirurgia Segura: Um Caminho a Segurança do Paciente. **Revista Saúde & Ciência em Ação**, v.2, n.01, p.114-129, jul. 2016. Disponível em:

<https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaCS/article/view/203/149>. Acesso em: 20 maio 2021.

PORTO, K.L.H. A Segurança do Paciente na Utilização do Checklist. **Revista Enfermagem Revista**, Minas Gerais, v.17, n.2, p.103-115, jun. 2014. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876>. Acesso em: 19 maio 2021.

PURIM, K.S.M. et al. Checklist de Segurança no Ensino de Cirurgia Ambulatorial. **Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.46, n.3, e20192197, 2019. Doi: 10.1590/0100-6991e-20192197.

RINALDI, L.C. et al. Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura: Análise das Cirurgias Pediátricas. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.24, n.4, p.185-192, dez. 2019. Doi:

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040003>.

RIBEIRO, H.C.T.C. et al. Adesão ao Preenchimento do Checklist de Segurança Cirúrgica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.10, e00046216, nov. 2017. Doi: 10.1590/0102-311X00046216.

RIBEIRO, L., et al. Checklist de Cirurgia Segura: Adesão ao Preenchimento, Inconsistências e Desafios. **Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, e20192311, dez. 2019. Doi: 10.1590/0100-6991e-20192311.

SANTOS, E.A.; DOMINGUES A.N.; EDUARDO, A.H.A. Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica: Conhecimento e Desafios para a Equipe do Centro Cirúrgico. **Revista Enfermeria Actual de Costa Rica**, San José, n.38, p. 75-88, jun. 2020. Doi:

10.15517/revenf.v0i38.37285.

SOBECC (Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização) **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde**. Barueri: Editora Manole, 2017.

SOUZA, K.G. **Conhecimento dos Profissionais de Saúde Acerca da Lista de Verificação de Cirúrgica Segura em Hospital Público do Distrito Federal**, 26 pág., 2019. Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário de Brasília- UniCEUB, Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13590>. Acesso em: 19 maio 2021.

SOUZA, A.T.G. et al. Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Percepção dos Profissionais de Enfermagem. **Revista SOBPEC**, São Paulo, v.25, n.2, p.75-82, jun. 2020. Doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000020003>.