

Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade



Implementation of the surgical safety checklist for pediatric operations: compliance assessment

Ejecución de la lista de seguridad quirúrgica en operaciones pediátricas: evaluación de la conformidad

Raquel Elisa de Almeida^a
Maria Cristina Soares Rodrigues^a

Como citar este artigo:

Almeida RE, Rodrigues MCS. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180270. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180270>.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a conformidade da execução da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Métodos: Estudo avaliativo, observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 431 cirurgias pediátricas, em hospital público do Distrito Federal, entre agosto de 2017 e fevereiro de 2018. Os dados foram coletados por observação não participante e analisados por estatística descritiva.

Resultados: O checklist foi realizado em 90,3% das cirurgias, no entanto, a completude do instrumento e a adesão verbal a todos os itens não foram observadas em nenhum procedimento. 95,4% das cirurgias prosseguiram mesmo com a identificação de falhas em processos de segurança. Observou-se checagens inapropriadas, inexecução do momento de aplicação, execução na ausência de profissionais essenciais e falta de participação ativa.

Conclusões: O estudo revelou inconformidades na adesão ao checklist e na execução de práticas seguras, configurando um alerta para o risco sistemático sofrido pelo paciente cirúrgico e para a necessidade de intervenções imediatas.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Lista de checagem. Centros cirúrgicos. Adesão a diretivas antecipadas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate compliance with the surgical safety checklist.

Methods: Evaluative, observational, cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach, performed in 431 pediatric surgeries, in a public hospital in the Federal District, between August 2017 and February 2018. Data were collected by non-participant observation and analyzed by descriptive statistics.

Results: The checklist was performed in 90.3% of the surgeries, however, the completeness of the instrument and the verbal adherence to all the items were not observed in any procedure. 95.4% of the surgeries continued even with the identification of failures in safety processes. Inappropriate checks, inaccuracy of timing, performance in the absence of key professionals, and lack of active participation were observed.

Conclusions: The study showed the existence of nonconformities in the adherence to the checklist and in the execution of safe practices, being an alert for the systematic risk suffered by the surgical patient and for the need for immediate interventions.

Keywords: Patient safety. Checklist. Surgicenters. Advance directive adherence.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la conformidad de ejecución de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

Métodos: Estudio evaluativo, observacional, transversal y descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado con 431 cirugías pediátricas, en un hospital público del Distrito Federal, entre agosto de 2017 y febrero de 2018. Se recolectaron los datos a través de la observación no participante y estos se analizaron por medio de la estadística descriptiva.

Resultados: El checklist se realizó en 90,3% de las cirugías, sin embargo, no se pudo observar el uso total de la herramienta, así como la adhesión verbal a todos los elementos en ningún procedimiento. 95,4% de las cirugías prosiguieron aún con fallas en los procesos de seguridad. Se pudo observar controles inapropiados, inexactitud del momento de uso, ejecución en ausencia de profesionales cruciales y falta de participación activa.

Conclusiones: El estudio reveló inconformidades en la adhesión al checklist y en la ejecución de prácticas seguras, configurando una alerta para el riesgo sistemático sufrido por el paciente quirúrgico y para la necesidad de intervenciones inmediatas.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Lista de verificación. Centros quirúrgicos. Adhesión a las directivas anticipadas.

^a Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, Brasil.

INTRODUÇÃO

Eventos adversos (EA) em centros cirúrgicos (CC) ou relacionados à cirurgia estão entre os mais frequentes, correspondendo a até 20% dos danos em pacientes hospitalizados e taxa de mortalidade de até 10%, sendo que cerca de metade desses eventos é considerada evitável⁽¹⁻²⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), visando promover cirurgias e anestésias seguras, reduzir taxas de mortalidade e complicações cirúrgicas e melhorar a comunicação na sala de operação (SO), estabeleceu a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e instituiu a lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) ou *checklist*. Trata-se de ferramenta para verificação de itens de segurança em três fases da operação, isto é, antes da indução anestésica ou *sign in*, antes da incisão cirúrgica ou *time out* e ao término da cirurgia, antes de o paciente sair da sala ou *sign out*⁽²⁾.

Os benefícios do *checklist* estão associados, comprovadamente, à redução da mortalidade e complicações cirúrgicas⁽²⁻⁴⁾. Revisão sistemática e meta-análise de seis estudos que avaliaram o efeito do *checklist* nas complicações pós-operatórias, revelou forte correlação entre a redução desses EA e o uso da LVSC. O risco relativo (RR) para qualquer complicação foi de 0,59 e para mortalidade foi de 0,77⁽⁵⁾.

Melhorias em processos de segurança cirúrgica, como aumento das taxas de avaliação de via aérea, uso do oxímetro de pulso, planejamento para perdas sanguíneas, antibióticoprofilaxia, confirmação da identidade do paciente e do sítio cirúrgico e contagem de compressas, são outros proventos da LVSC⁽²⁾. Adicionalmente, o uso do *checklist* aumenta a eficácia da comunicação na SO e melhora o trabalho em equipe⁽⁴⁾.

Repercussões satisfatórias do procedimento na segurança cirúrgica podem estar relacionadas à conformidade da aplicação da LVSC nos serviços de saúde, à completude de seu preenchimento e à forma de implementação⁽⁵⁻⁶⁾. A introdução do *checklist* na rotina do CC é apenas um advento para a segurança cirúrgica, uma vez que estudos que analisaram sua execução apontam níveis insatisfatórios de adesão ao instrumento^(3,7-11). Estudo de revisão sobre a checagem dos itens da LVSC em hospitais brasileiros, identificou que a prática é inadequada no país, com média de aferição da maioria dos itens de segurança menor que 80%⁽¹⁰⁾.

O grande desafio da campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” é a participação ativa da equipe cirúrgica nas checagens e a verdadeira incorporação da ferramenta à prática diária. É imprescindível o uso correto e o preenchimento completo do instrumento a fim de que o processo se torne eficaz⁽¹²⁾.

A avaliação da conformidade da aplicação da LVSC, medida através da adesão a esse recurso, é tão relevante quanto o estudo de seus resultados⁽⁵⁾. A OMS preconiza a verificação sistemática de todos os itens das três etapas da lista, de forma verbal, além da interrupção do procedimento cirúrgico até que todos os elementos estejam em congruência com a segurança do paciente⁽²⁾.

Apesar da recorrente divulgação do emprego do *checklist* em diferentes serviços de saúde, pouco se sabe sobre a qualidade de sua execução e sobre o seguimento aos processos de segurança preconizados pela OMS. Diante disso, o presente estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: A LVSC é utilizada conforme as recomendações da OMS?

Considerando-se a importância de se obter e fornecer informação sistematizada situacional para gestores e profissionais de CC, assim como, contribuir com o conhecimento na área, justifica-se a necessária avaliação da execução da LVSC, da completude de seu preenchimento e da adesão da equipe cirúrgica – esta última, examinada como a completa checagem verbal dos itens do instrumento. Além disso, a execução de processos de segurança pela equipe cirúrgica também deve ser verificada.

Assim, objetivou-se avaliar a conformidade da execução da lista de verificação de segurança cirúrgica.

MÉTODO

A presente pesquisa foi extraída de dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília⁽¹³⁾. Trata-se de um estudo avaliativo, observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de ensino, em Brasília, Distrito Federal (DF), Brasil, entre agosto de 2017 e fevereiro de 2018.

O hospital onde a pesquisa foi desenvolvida é classificado como de alta complexidade, dedica a totalidade de seus leitos ao Sistema Único de Saúde, e a cirurgia pediátrica é uma especialidade de referência no hospital para todo o DF. Seu CC é composto por cinco salas cirúrgicas e realiza, anualmente, média de 1.500 cirurgias pediátricas. A equipe cirúrgica atuante nos procedimentos pediátricos, à época da coleta de dados, era composta por 75 profissionais, sendo 31 auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiros, 17 cirurgiões pediátricos, 17 anestesiólogos e cinco residentes de cirurgia pediátrica.

A LVSC foi implementada no hospital do estudo em 2013, sendo instituída sua obrigatoriedade após o treinamento da equipe. O *checklist* utilizado pela instituição foi adaptado à realidade local pelas lideranças do CC, sendo

que, na adequação do instrumento foram extraídos dois itens do *time out*, quais sejam: “apresentação da equipe por nome e função” e “confirmação da identidade do paciente”.

Foram incluídos no estudo procedimentos operatórios da especialidade cirurgia pediátrica, eletivos e de urgência, realizados no período diurno, de segunda-feira à sexta-feira, e que tinham como integrantes da equipe cirúrgica profissionais que aceitaram ao convite para participar da pesquisa. Foram excluídos procedimentos não realizados pela cirurgia pediátrica, ou seja, operações cirúrgicas de outras especialidades, procedimentos com equipes compostas por pelo menos um profissional que não aceitou ao convite para participar da pesquisa, além de procedimentos realizados no período noturno e nos finais de semana. Como a pesquisadora principal é integrante da equipe estudada, excluiu-se também cirurgias em que a mesma estivesse presente na sala operatória como integrante da equipe cirúrgica.

Com o intuito de estabelecer uma amostra representativa mínima, foi considerada a população pediátrica cirúrgica atendida no período de um ano, anterior à investigação. Assim, com uma população de 1.421 pacientes, a estimativa de incidência de 20% de eventos de segurança do paciente, conforme literatura difundida⁽¹⁻²⁾, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e o acréscimo de 10% para compensar perdas na coleta de dados, resultou em 431 cirurgias observadas.

Previamente ao início da fase de observação, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados através de observação sistemática e não participante. Dois auxiliares de pesquisa, submetidos a treinamento teórico-prático prévio, realizaram as observações sistemáticas. Com isso, pretendeu-se cegar a pesquisadora principal nessa fase do estudo, para evitar tendenciosidade e reduzir o efeito *Hawthorne*, que é a mudança de atitude do profissional por saber que está sendo observado. Os auxiliares de pesquisa eram residentes de enfermagem no CC, e não causaram estranheza aos profissionais por estarem habitualmente presentes no setor.

Os dados foram coletados através de observações não participantes. Utilizou-se um roteiro de observação elaborado a partir da LVSC da OMS e suas recomendações para a execução da checagem em serviços de saúde.

As seguintes variáveis foram observadas: etapa realizada; momento de aplicação; profissional condutor; preenchimento completo; adesão verbal a todos os itens; preenchimento inapropriado; profissionais presentes na SO; participação ativa de cada profissional; execução de processos de segurança (confirmação do paciente por

dois identificadores, demarcação do sítio cirúrgico, termo de consentimento assinado, planejamento para perdas sanguíneas, disponibilidade de materiais para segurança anestésica, realização da pausa cirúrgica, antibiótico profilático administrado nos 60 minutos antes da incisão, disponibilidade de exames de imagens, contagem dos instrumentais, gases e compressas, identificação correta de espécimes cirúrgicos).

Os dados foram analisados utilizando-se o programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 2.0. A análise estatística descritiva dos resultados foi realizada por meio das frequências absoluta e relativa dos padrões das observações do *checklist*.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS, registrado com CAAE n. 70583217.9.0000.5553 e aprovado pelo parecer n. 2.166.891/2017.

■ RESULTADOS

Foram observadas 431 cirurgias, e a LVSC foi aplicada em 389 operações (90,3%). As três etapas foram executadas em 86 procedimentos (19,9%). O preenchimento do *checklist* na íntegra e a adesão verbal a todos os itens da lista não foram observados na totalidade dos procedimentos operatórios. A frequência de aplicação, preenchimento completo e adesão, por etapa, é apresentada na Tabela 1. Para o cálculo do nível de adesão considerou-se a verificação verbal de todos os itens de cada etapa do *checklist*.

O *sign in* foi conduzido em 257 (66,1%) cirurgias por técnico de enfermagem, 131 (33,7%) vezes por enfermeiro e em um procedimento (0,2%) por cirurgião pediátrico. O *time out* foi conduzido por técnico de enfermagem em 193 (59,1%) cirurgias e por enfermeiro em 134 (40,9%). O *sign out* foi conduzido por técnico de enfermagem 73 (82,0%) vezes e por enfermeiro em 16 (18,0%) procedimentos operatórios.

A frequência da presença de cada profissional na SO no momento de aplicação do *checklist* e de sua participação ativa (adesão verbal) no processo é apresentada na Tabela 2.

Apesar de o *sign in* ter sido empregado mais frequentemente, ao se considerar o momento de aplicação, foi, também, a fase com maior inexistência. O período de execução de cada etapa é apresentado na Tabela 3.

Observou-se constante marcação de itens no instrumento sem de fato terem sido confirmados verbalmente. A Tabela 4 apresenta a média da frequência da adesão (verificação verbal) e do preenchimento inapropriado (marcação sem verificação) de cada item, por etapa.

Tabela 1 - Frequência de aplicação, preenchimento completo e adesão de cada etapa da LVSC (n=431). Brasília, DF, 2018

Etapa da LVSC	Aplicação		Preenchimento completo		Adesão integral	
	n	%	n	%	n	%
Sign In						
Sim	389	90,3	370	85,5	175	40,6
Não	42	9,7	61	14,2	256	59,4
Time Out						
Sim	327	75,9	0	0,0	0	0,0
Não	104	24,1	431	100,0	431	100,0
Sign Out						
Sim	89	20,6	138	32,0	5	1,2
Não	342	79,4	293	68,0	426	98,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Sinal convencional utilizado: 0 e 0,0: dado numérico não resultante de arredondamento.

Tabela 2 - Frequência relativa da presença dos profissionais na SO e da adesão verbal à checagem, por categoria profissional, em cada etapa da LVSC. Brasília, DF, Brasil, 2018

Profissional	Presença % (DP)	Adesão % (DP)
Sign in		
Residente de cirurgia pediátrica	92,1 (±5,3)	84,2 (±4,5)
Anestesista	86,3 (±21,0)	60,8 (±27,9)
Técnico em Enfermagem	84,7 (±24,2)	29,6 (±18,7)
Enfermeiro	71,0 (±11,9)	20,8 (±17,7)
Cirurgião Pediátrico	49,4 (±15,9)	18,4 (±12,6)
Time out		
Residente de cirurgia pediátrica	95,2 (±4,02)	71,5 (±5,9)
Anestesista	91,7 (±16,9)	78,9 (±18,4)
Técnico em Enfermagem	88,3 (±21,3)	41,5 (±21,3)
Cirurgião Pediátrico	76,4 (±15,1)	42,4 (±14,4)
Enfermeiro	49,7 (±22,9)	16,7 (±19,6)
Sign out		
Anestesista	82,8 (±26,6)	38,5 (±27,1)
Residente de cirurgia pediátrica	81,4 (±9,2)	49,2 (±16,8)
Técnico em Enfermagem	63,0 (±26,7)	27,1 (±22,8)
Enfermeiro	25,6 (±17,6)	29,8 (±25,2)
Cirurgião Pediátrico	12,4 (±9,2)	8,73 (±11,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Legenda: DP: desvio padrão

Tabela 3 - Momento de realização de cada etapa da LVSC. Brasília, DF, Brasil, 2018

Momento de realização	n	%
Sign in		
Antes da indução	199	46,2
Após a indução	190	44,1
Não realizado	42	9,7
Time out		
Imediatamente antes da incisão	281	65,2
Após a incisão	46	10,7
Não realizado	104	24,1
Sign out		
Após a cirurgia e antes do paciente deixar a sala de cirurgia	62	14,4
Após a saída do paciente da sala de cirurgia	27	6,3
Não realizado	342	79,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 4 - Média da frequência da adesão e do preenchimento inapropriado dos itens da LVSC, por etapa. Brasília, DF, Brasil, 2018

Etapa da LVSC	Adesão (%)	Preenchimento inapropriado (%)
Sign in	71,7	23,4
Time out	35,1	40,7
Sign out	9,9	84,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em todas as operações cirúrgicas observadas, pelo menos um processo de segurança não estava em conformidade, ainda assim, prosseguiu-se à realização de quase a totalidade dos procedimentos sem que o problema tivesse sido resolvido. Em apenas 20 casos (4,6%), o procedimento

cirúrgico foi interrompido ou suspenso por constatação de falha em procedimentos de segurança.

A frequência de execução de processos de segurança recomendados pela OMS para segurança cirúrgica é apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequência de execução de processos de segurança em procedimentos cirúrgicos pediátricos. Brasília, DF, Brasil, 2018

Processo de segurança	n	%
Identificação do paciente		
Não identificado	10	2,3
Identificado apenas pelo nome	215	49,9
Identificado por dois identificadores	206	47,8
Sítio cirúrgico demarcado (quando necessário)		
Sim	58	31,7
Não	125	68,3

Termo de consentimento

Sim	69	16,0
Não	362	84,0

Planejamento para grandes perdas sanguíneas (quando necessário)

Sim	29	53,7
Não	25	46,3

Disponibilidade de material para segurança anestésica

Sim	420	97,4
Não	11	2,6

Realização da “pausa cirúrgica”

Sim	0	0,0
Não	431	100,0

Antimicrobiano profilático nos últimos 60 minutos antes da incisão (quando necessário)

Sim	129	82,7
Após a incisão	21	13,5
Mais de 60 minutos antes da incisão	6	3,8

Exames de imagens disponíveis (quando necessário)

Sim	68	48,9
Não	71	51,1

Contagem de gazes e compressas

Sim	57	13,2
Não	374	86,8

Identificação correta de espécime cirúrgico (quando existente)

Sim	163	90,5
Não	17	9,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

A LVSC foi utilizada em 90,3% das cirurgias observadas, o que poderia indicar um resultado positivo na implementação do protocolo de cirurgia segura no CC quando comparado com outros desfechos de estudos nacionais^(9,11). Nesse aspecto, os resultados se assemelharam aos apresentados em países desenvolvidos, como Espanha, França e Suíça^(7,14-15). Maior frequência da aplicação foi observada no *sign in*, e menor no *sign out*, resultado semelhante ao já apresentado anteriormente⁽¹⁶⁾.

Maior consistência na primeira etapa do *checklist* pode ter relação com a presença de elementos relacionados mais diretamente com o risco de morte ao paciente. Além disso, nos dois últimos passos, os itens são duplicados ou referentes ao período transoperatório, apresentando respostas consideradas óbvias⁽¹⁷⁾. Maior discordância no *sign*

out é atribuída ao cansaço da equipe e à ausência do cirurgião nesse momento, como foi comprovado nesse estudo ao apontar que o cirurgião estava na SO em apenas 12,4% dos procedimentos⁽¹⁴⁾.

Apesar da aparente boa implementação da LVSC, quando se analisou a completude do instrumento, encontrou-se expressiva inadequação do processo, uma vez que a totalidade das listas não foi integralmente preenchida, revelando resultados inferiores aos obtidos em outros países, no entanto, semelhante à realidade brasileira^(9,11,14-15). Corroborando com esse achado, revisão integrativa de pesquisas em hospitais brasileiros, identificou inconformidades em todos os estudos incluídos, através da incompletude do instrumento de checagem de segurança cirúrgica. Nenhum dos estudos apresentava preenchimento de 100% dos itens das listas, o que foi relacionado com a limitada aceitação dos profissionais⁽¹⁰⁾.

Adicionalmente ao preenchimento inacabado, considerando a adesão aos itens de segurança, ou seja, verificação verbal, em nenhuma das cirurgias observadas todos os elementos foram verbalizados. A falta de articulação nas checagens já foi relatada em estudos prévios⁽⁶⁻⁸⁾. Essa prática denota limitação na qualidade do procedimento.

Apesar de estudos mostrarem que o uso da LVSC torna o processo comunicativo mais efetivo na SO, a prática de checagem não verbal remete à insuficiência na comunicação interdisciplinar na SO^(3,6). As discussões em equipe asseguram maior segurança ao paciente, visto que os profissionais explanam tópicos relevantes sobre o cliente e o planejamento cirúrgico. Ademais, a verificação oral expressa que os presentes concordam com o que foi dito e representa um compromisso de todos os profissionais de que a cirurgia pode se iniciar com segurança^(2,8). Pensa-se que, especialmente em procedimentos pediátricos, a comunicação efetiva entre os membros da equipe seja ainda mais importante, em razão da incapacidade ou pouca habilidade desses pacientes de se comunicarem e por serem mais vulneráveis, demandando cuidados específicos.

A comunicação incrementa o trabalho em equipe, no entanto, as equipes cirúrgicas tendem a ser fortemente hierarquizadas e seus membros relutam a se comunicar entre os níveis hierárquicos⁽²⁾. A segmentação existente entre as categorias profissionais no CC é uma barreira para a adesão à LVSC e constitui risco de EA ao paciente^(8,15).

Pior conformidade na completude e na adesão ao *checklist* foi constatada no *time out*. A completa incongruência nessa etapa é atribuída ao fato de os itens “apresentação da equipe por nome e função” e “confirmação da identidade do paciente” não comporem a LVSC utilizada na instituição. A OMS recomenda a adaptação do instrumento para a realidade local, portanto, admite-se a adição de itens essenciais a cada serviço, mas não a exclusão de itens já preconizados⁽²⁾. Outros serviços de saúde também extraíram itens de segurança durante a adaptação da lista para sua realidade^(6,9,11).

Além da incompletude e reduzida verificação verbal dos itens, observou-se impertinência no processo através da condução da lista sem que profissionais essenciais para a confirmação de elementos de segurança estivessem presentes na SO. A OMS determina que a presença da enfermagem e do anestesiológico é imprescindível em todas as etapas, já os cirurgiões, são necessários para a aplicação do *time out* e do *sign out*, apesar da importância de sua participação no *sign in*⁽²⁾. Pressupõe-se, com a execução da LVSC com presença parcial da equipe cirúrgica, o desinteresse dos ausentes e descuido do condutor com a adequabilidade dos procedimentos realizados.

Para mais da ausência dos profissionais, a falta de participação ativa da equipe foi notável ao ser constatado que, por vezes, mesmo quando estavam presentes na SO, os profissionais não respondiam às questões apontadas pelo condutor da lista, o que sugere falta de colaboração dos envolvidos, podendo resultar em aumento de risco ao paciente⁽¹²⁾.

Inconformidade na aplicação do *checklist* também foi certificada pelo atraso da execução. As três etapas correspondem ao fluxo normal de um procedimento cirúrgico, e a checagem atesta que a tarefa seguinte seja realizada com segurança⁽²⁾. A conferência do item após a concretização das atividades apontou ao despropósito das checagens⁽⁸⁾.

Maior inexactidão observada no momento de aplicação do *sign in* pode estar relacionado à especialidade cirúrgica do estudo. Crianças, usualmente, adentram o CC ansiosas e agitadas, demandando mais atenção e cuidado dos profissionais, que, por estarem atarefados, atrasam a realização do *checklist*.

Complementarmente ao retardo da aplicação do *checklist*, o desempenho inoportuno da equipe foi revelado a partir do preenchimento inapropriado da lista, com registro de itens no instrumento sem de fato terem sido checados verbalmente. A marcação inadvertida foi verificada precedentemente, e indica postura impensada, mecânica e instintiva, que vão contra ao determinado pela OMS^(7-8,14). Todos os itens da lista remetem a elementos importantes para a segurança do paciente e a não verificação o coloca em risco de incidente cirúrgico⁽²⁾. A terceira etapa foi o momento mais problemático referente ao preenchimento reprovável, remetendo ao maior cuidado da equipe com os estágios que antecedem ao procedimento cirúrgico operatório e desatenção com a continuidade da assistência segura no pós-operatório.

A checagem inadvertida revelou profissionais que se portam apenas como executores de uma rotina do serviço, a fim de cumprir o protocolo da instituição, e leva ao questionamento da fidedignidade das informações registradas^(2,14). À vista disso, ressalta-se a importância de se avaliar a implementação da LVSC através da observação do modo como é praticada, evidenciando o fortalecimento dos resultados apresentados nesse estudo. A avaliação da adesão ao instrumento a partir da análise de seu registro em prontuários, ou da simples verificação da frequência de sua execução, pode fornecer resultados imprecisos e escusos.

Outra prática inadequada apurada, foi o prosseguimento da cirurgia sem a correção de falhas detectadas durante a aplicação da LVSC. Em cada etapa, o condutor da lista deve confirmar a segurança de cada item e impedir que a equipe avance para a próxima fase da cirurgia até que

cada passo seja satisfatoriamente cumprido. No entanto, a autoridade do coordenador do *checklist* pode insatisfazer outros membros da equipe⁽²⁾.

Como a LVSC era conduzida por profissionais da equipe de enfermagem, acredita-se que a hierarquização da equipe tenha influenciado a postura do profissional condutor, uma vez que a possibilidade de limitar a autoridade e autonomia médica, historicamente enraizada nos serviços de saúde, pode intimidar o coordenador da lista⁽²⁾.

Defende-se a utilização de um modelo de “pare” e “siga”. Encontrando-se qualquer item em desacordo com a segurança, a equipe deve parar e buscar a solução do problema; quando todos os itens estiverem em conformidade a equipe segue com o procedimento⁽¹⁸⁾. O seguimento da operação cirúrgica com todos os itens de segurança concluídos, além de minimizar os riscos, representa o compromisso e responsabilização de todos com segurança do paciente.

Referente a falhas na execução de processos de segurança, a equipe cirúrgica observada mostrou-se displicente com essas práticas e despreocupada com a prevenção de incidentes nos pacientes cirúrgicos pediátricos. No Brasil, de março de 2014 a janeiro de 2018, foram notificados 1.723 incidentes envolvendo cirurgias⁽¹⁹⁾. A execução dos padrões analisados é recomendada pela OMS a fim de prevenir esses EA⁽²⁾.

A confirmação do paciente com dois identificadores e a demarcação do sítio cirúrgico, especialmente em casos que envolvem lateralidade ou múltiplas estruturas, previnem a realização de procedimentos em pacientes ou em locais errados. A checagem da disponibilidade de materiais necessários para a anestesia, como os utilizados para estabelecer uma via aérea pérvia, oxigenação, monitorização e os medicamentos, assim como, a verificação do correto planejamento para grandes perdas sanguíneas, são importantes para a segurança anestésica. O termo de consentimento, além de respaldar os profissionais na realização de qualquer procedimento, é necessário para o esclarecimento do paciente e seus familiares. A “pausa cirúrgica”, que se refere ao momento antes da cirurgia para compartilhamento de informações referentes ao procedimento e ao paciente, promove comunicação e trabalho em equipe, e permite a identificação precoce de riscos ao paciente. Checar a disponibilidade de exames de imagem é importante, uma vez que estes auxiliam em tomadas de decisões no transoperatório. A profilaxia antimicrobiana cirúrgica, realizada nos 60 minutos antes da incisão, previne a infecção de sítio cirúrgico. A contagem de instrumentais, compressas e gazes evita a retenção inadvertidas de materiais na cavidade do paciente. Finalmente, a conferência da

correta identificação de espécimes cirúrgicas, previne erros de diagnóstico e atrasos no tratamento⁽²⁾.

Presume-se, que os profissionais não são suficientemente empenhados com as recomendações da OMS, ou não têm conhecimento da importância dos referidos procedimentos, pois, acredita-se que a *performance* dos profissionais se sujeita à sua percepção sobre a relevância da técnica. O empoderamento dos colaboradores intervém na conformidade do processo, considerando a importância estendida às suas atividades. É importante que os profissionais conheçam a finalidade de suas práticas e de cada questão do *checklist*, evitando julgamentos infundados e atitudes incoerentes^(9,11).

Embora os profissionais observados tenham sido treinados para a nova rotina, a adequabilidade depende da continuidade das estratégias de implementação. São necessárias auditorias, revisões e melhorias constantes. Estudos mostram a descontinuidade das checagens meses após a instituição do *checklist*, e reforçam a necessidade de educação continuada para os profissionais, visando a correção das falhas constatadas^(6,11-12).

Comportamentos inadequados da equipe cirúrgica podem envolver aspectos éticos. A não execução da checagem é um ato omissivo, uma inação, e envolve negligência do profissional. A inadequada execução da lista é uma atitude precipitada, que expõe o paciente a riscos desnecessários e envolve imprudência⁽²⁰⁾.

A limitada conformidade da utilização da LVSC segundo as determinações da OMS, revelou a baixa qualidade do referido processo de trabalho. Os resultados apresentados podem estar relacionados à forma de implementação do *checklist* na instituição. O instrumento, que é de uso obrigatório, foi instituído pelas lideranças do CC, e apesar de ter havido preocupação com o treinamento da equipe, os profissionais não foram envolvidos nas articulações e não participaram da adaptação da lista à realidade local. A imposição da obrigatoriedade das checagens está relacionada com o aumento da frequência da utilização da lista⁽⁹⁾. Como consequência, a ferramenta foi aplicada em 90,3% das cirurgias observadas. Por outro lado, a implementação articulada com a equipe e o envolvimento e a sensibilização dos colaboradores aumenta a qualidade do procedimento⁽⁹⁾.

Os resultados apontaram a não consolidação de uma cultura voltada para a segurança do paciente no CC. O *checklist*, embora pareça simples e apresente baixo custo, é uma ferramenta de difícil implementação efetiva, uma vez que envolve aspectos organizacionais e culturais da instituição e dos indivíduos, que têm crenças e valores diferentes⁽¹¹⁾. É preciso mudança desse panorama, com equipes

mais engajadas, sensibilizadas e que valorizem e assumam a responsabilidade pela segurança do paciente cirúrgico.

À medida que a conformidade do processo de segurança cirúrgica determina os desfechos para a segurança do paciente, as presentes evidências inferem sobre a necessidade de imediata intervenção, com iniciativas precisas que busquem melhorar a adesão. Tratando-se de pacientes pediátricos, as reparações devem ser expressas, visto que são pacientes complexos, que apresentam doenças e manifestações clínicas específicas, além de não terem a capacidade de decidir sobre sua saúde, sendo mais suscetíveis a riscos.

Espera-se que as fragilidades concebidas possam nortear as decisões dos gestores e líderes. Sugere-se a combinação de atividades educativas, motivacionais e de empoderamento da equipe, com o estabelecimento de normas e auditorias constantes⁽⁹⁾.

Propõe-se, também, na busca pelo maior comprometimento e conscientização da equipe, que a implementação da lista não seja apenas uma imposição, mas que busque envolver os profissionais em todas as etapas, especialmente na adaptação da ferramenta à realidade local. Recomenda-se a implementação a partir da teoria dos quatro "As": *awareness* (sensibilização), *accountability* (responsabilização), *ability* (habilitação) e *action* (ação)⁽⁹⁾. Admite-se que profissionais motivados e capacitados procedam mais adequadamente, e a especificação do coordenador do *checklist* rotineiramente conceda a ele mais autoridade e autonomia.

Ressalta-se, como ponto positivo dessa pesquisa, a exposição da verdadeira anuência do seguimento ao protocolo de cirurgia segura, medido não apenas por sua taxa de aplicação ou completude, mas também pela explanação da precisão de sua execução. Além disso, preocupou-se com a redução do efeito *Hawthorne*, o que confere maior fidedignidade aos resultados obtidos. Em outros estudos sobre conformidade na aplicação da LVSC, a equipe sabia que estava sendo observada e alterações no comportamento podem influenciar a avaliação^(3,7).

■ CONCLUSÕES

Os achados desse estudo revelaram que o *checklist* não é utilizado conforme esperado no CC em análise. Sua aplicação, apesar de recorrente, não foi absoluta, seu preenchimento não foi integral e, especialmente, sua execução não foi qualificada. Esperava-se, com a permanente divulgação do tema desde 2009, como meta nacional e internacional de segurança do paciente, progressiva melhora na utilização do instrumento, no entanto, o procedimento ainda

apresenta importantes inconsistências. A insuficiente fidelidade às diretivas recomendadas pela OMS pode acarretar a redução da eficácia do processo e configura um alerta para o risco sistemático sofrido pelo paciente cirúrgico pediátrico.

Com relação às limitações do estudo, apontam-se a delimitação de se ter observado a aplicação da LVSC somente em cirurgias pediátricas, que ocorreram no período diurno e durante a semana, com o uso do *checklist* adaptado à realidade local, o que limita a generalização do desempenho de sua execução para outros CC. Também, não foi avaliado o impacto das não conformidades encontradas na segurança do paciente cirúrgico. Com isso, aponta-se a necessária avaliação de métodos mais efetivos de implementação do protocolo de cirurgia segura no serviço, além de estudo que investigue a percepção dos profissionais sobre o processo, seu conhecimento sobre as recomendações de uso e as barreiras à adesão.

Nessa perspectiva, as implicações desse estudo voltam-se à gestão do serviço, para mudanças nos processos de trabalhos, na supervisão, no treinamento e no trabalho em equipe, com valorização de práticas que melhorem o desempenho e que promovam a qualidade do cuidado pela segurança exercida na assistência prestada ao paciente cirúrgico pediátrico.

■ REFERÊNCIAS

1. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(5):421-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>.
2. World Health Organization (CH). WHO Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2018 Apr 11]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=256B6CB7E60289CD27B66D3115BA2327?sequence=1.
3. Santana HT, Freitas MR, Ferraz EM, Evangelista MS. WHO Safety surgical checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. *J Infect Public Health*. 2016;9(5):586-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.12.019>.
4. Mafra CR, Rodrigues MCS. Surgical safety checklist: an integrative review of the benefits and importance. *Rev Pesq Cuid Fund*. 2018 [cited 2018 Apr 11];10(1):268-75. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5038>.
5. Bergs J, Hellings J, Cleemput I, Zurel1 Ö, De Troyer V, Van Hiel M, et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *Br J Surg*. 2014;101(3):150-8. doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.9381>.
6. Nugent E, Hseino H, Ryan K, Traynor O, Neary P, Keane FBV. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. *Ir J Med Sci*. 2013;182(2):171-6. doi: <https://doi.org/10.1007/s11845-012-0851-4>.

7. Cullati S, Le Du S, Raë AC, Micallef M, Khabiri E, Ourahmoune A, et al. Is the surgical safety checklist successfully conducted? an observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(8):639-46. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001634>.
8. Maziero ECS, Silva ABC, Mantovani MF, Cruz EDA. Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(4):14-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>.
9. Freitas MRD, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FDC, Monte LDC, Gama ZADS. 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. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(1):137-48. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184612>
10. Almeida RE, Rodrigues MCS. Filling in the Surgical Safety Checklist in Brazilian hospitals. *Rev Rene.* 2018;19:e32567. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932567>.
11. Ribeiro HCTC, Quites HFDO, Bredes AC, Sousa KADS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(10):e00046216. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00046216>.
12. Silva CSO, Pinheiro GO, Freitas BC, Figueiredo BM, Macedo WTP, Silva ECL. Checklist de cirurgia segura: os desafios da implantação e adesão nas instituições hospitalares brasileiras. *Rev Espaço Ciênc Saúde.* 2017 [citado 2018 abr 10];5(2):72-86. Disponível em: <http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5467/1329>.
13. Almeida RE. Checklist de Cirurgia Segura: avaliação de conformidade em procedimentos pediátricos de hospital do Distrito Federal [dissertação]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2018.
14. Soria-Aledo Victor, Silva ZA, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrillo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. *Cir Esp.* 2012;90(3):180-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.09.007>.
15. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(3):191-7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000094>.
16. Giannattasio MB, Taniguchi FP. Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. *Rev SOBECC.* 2016 21(3):125-31. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030002>.
17. Peixoto SKR, Pereira BM, Silva LCS. Checklist de cirurgia segura: um caminho à segurança do paciente. *Saúde Ciênc Ação.* 2016 [citado abr 10];2(1):114-29. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaCS/article/view/203/149>.
18. Harris AM, Preece K, Harris C. Using a STOP/GO protocol in the preoperative area to increase patient safety. *J Perioper Pract.* 2016;26(10):229-31. doi: <https://doi.org/10.1177/175045891602601004>.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Relatório dos Estados: eventos adversos: relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2018 jun 20]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.
20. Isoldi DMR, Candido MCFS, Simpson CA, Silva FS. Fatores relacionados às ocorrências éticas na enfermagem frente a erros de medicação. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2017 [citado 2018 abr 10];21(4):369-88. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/379-388>.

Autor correspondente:

Raquel Elisa de Almeida

E-mail: qquel_aps@hotmail.com

Recebido: 14.08.2018

Aprovado: 08.11.2018