



Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

ISSN: 1517-3852

ISSN: 2175-6783

Universidade Federal do Ceará

Almeida, Raquel Elisa de; Rodrigues, Maria Cristina Soares
Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 19, e32567, 2018
Universidade Federal do Ceará

DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932567>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054783032>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org

UNEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros

Filling in the Surgical Safety Checklist in Brazilian hospitals

Raquel Elisa de Almeida¹, Maria Cristina Soares Rodrigues¹

Objetivo: analisar as evidências científicas acerca da frequência de checagem de itens da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros. **Métodos:** revisão integrativa. Utilizaram-se as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *Índice Bibliotecário Español de Ciencias de La Salud*, Base de Dados em Enfermagem, Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba, *Cochrane Library* e *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*. A busca ocorreu em janeiro de 2018, combinando-se os descritores: segurança do paciente, centros cirúrgicos, salas cirúrgicas, procedimentos cirúrgicos operatórios e *checklist*. **Resultados:** apesar da grande variação da frequência de checagem dos itens, a maioria apresentou baixa aferição, com média menor que 80,0%. Melhor verificação foi observada na primeira etapa do instrumento. **Conclusão:** a frequência de checagem mostrou-se insatisfatória, evidenciando necessidade de melhorias, alicerçadas na cultura de segurança do paciente cirúrgico.

Descritores: Segurança do Paciente; Centros Cirúrgicos; Lista de Checagem; Fidelidade a Diretrizes.

Objective: analyzing the scientific evidence about the frequency of checking items on the Surgical Safety Checklist in Brazilian hospitals. **Methods:** integrative review. The databases used: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Medical Literature Analysis and Retrieve System Online, Spanish Librarian Index of Health Sciences, Nursing Database, National Medical Sciences Information Center of Cuba, Cochrane Library and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. The search occurred in January 2018, combining the descriptors: patient safety, surgical centers, surgical rooms, operative surgical procedures and checklist. **Results:** in spite of the great variation of the frequency of the items checking, the majority presented low gauging, with an average lower than 80.0%. The best verification was observed in the first stage of the instrument. **Conclusion:** the frequency of the checking was unsatisfactory, evincing the need for improvements, based on the safety culture of the surgical patient.

Descriptors: Patient Safety; Surgicenters; Checklist; Guideline Adherence.

¹Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

Correspondente autor: Raquel Elisa de Almeida

SGCV lote 27/30, Torre C, apartamento 209, Guará – Zona Industrial, CEP: 71215-770. Brasília, DF, Brasil. E-mail: qquel_aps@hotmail.com

Introdução

Com o avanço dos conhecimentos científicos e das tecnologias, o cuidado à saúde se tornou mais complexo, mais efetivo, porém menos seguro⁽¹⁾. A segurança do paciente ganhou notoriedade a partir do ano 2000, com a divulgação do relatório *To err is human*, publicado pelo *Institute of Medicine* que trouxe os eventos adversos como problema de qualidade relacionado à segurança do paciente⁽¹⁻²⁾.

Com vistas à redução de riscos e prevenção de eventos adversos, a Organização Mundial da Saúde direcionou ações aos denominados desafios globais, com destaque para promoção da cirurgia mais segura, e, em 2004, criou o Programa de Segurança do Paciente⁽¹⁾.

Cerca de 14,0% dos pacientes cirúrgicos sofrem algum tipo de dano⁽³⁾. No Brasil, eventos adversos evitáveis mais frequentes em pacientes hospitalizados estão relacionados à cirurgia e/ou anestesia⁽⁴⁾. Ao considerar que quase sete milhões de pacientes cirúrgicos sofrem complicações a cada ano e um milhão morre durante ou imediatamente após uma cirurgia, a segurança cirúrgica emergiu como preocupação de saúde pública mundial⁽⁵⁾.

Em 2009, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas que dirige atenção para prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica⁽⁵⁾.

Em 2013, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente e, no mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabeleceu que o plano de segurança do paciente em serviços de saúde deve criar estratégias de gestão de risco para, entre outras questões, promover cirurgias seguras⁽⁶⁻⁷⁾. Ainda em 2013, foi lançado o Protocolo para Cirurgia Segura, no qual se determina o uso sistemático da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como estratégia para reduzir riscos de incidentes cirúrgicos, reforçar práticas de segurança, promover trabalho em equipe e melhorar a comunicação

entre a equipe cirúrgica⁽⁸⁾.

A “entrada” ou *sign in* da lista é essencial, para que a equipe não opere o paciente ou o sítio cirúrgico errado ou realize o procedimento inadequadamente. Nesse momento, são verificados a identificação do paciente, o consentimento para cirurgia, a demarcação do sítio cirúrgico, a segurança anestésica, o oxímetro de pulso, as alergias do paciente, a avaliação da via aérea e o risco de perda sanguínea. Na “pausa cirúrgica” ou *time out*, os membros da equipe se apresentam, confirmam o nome do paciente, a cirurgia proposta e o sítio cirúrgico, ocorre rápida discussão a respeito dos eventos críticos previstos e o planejamento operatório, verificam a esterilização dos materiais e os equipamentos, confirmam a antibioticoprofilaxia e a presença dos exames de imagens necessários. A “saída” ou *sign out* é realizada antes de o paciente sair da sala, quando são confirmados a conclusão da contagem de instrumentais, as compressas e agulhas, a identificação correta de amostras patológicas, os problemas com equipamentos e se ocorreram intercorrências que possam influenciar a recuperação do paciente e demandar cuidados específicos^(5,8).

Sabe-se que o uso do *checklist* potencializa a prevenção de mortes relacionadas a procedimentos cirúrgicos e reduz 22,0% a mortalidade pós-operatória⁽⁹⁾. A redução de eventos adversos está relacionada a uma cultura voltada para segurança do paciente bem estabelecida, sendo o grande desafio da campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas⁽¹⁰⁾.

A introdução do *checklist* na rotina de um centro cirúrgico é um passo para a cultura da segurança cirúrgica. É necessária compreensão de sua importância, conhecimento e envolvimento de todos os membros da equipe, para que o processo seja incorporado à prática diária e se torne eficaz^(5,11).

Assim, o presente estudo foi norteado pela seguinte questão: qual a frequência de checagem dos itens da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no Brasil? Para conhecer tal panorama, traçou-se como objetivo do estudo analisar nas produções científicas a frequência de checagem dos itens da Lista de Verifi-

cação de Segurança Cirúrgica, por equipes cirúrgicas, em hospitais brasileiros.

Ao se realizar uma revisão integrativa sobre o tema, aventa-se o conhecimento da realidade brasileira sobre a utilização do *checklist*. O preenchimento integral do instrumento é recomendado pela Organização Mundial da Saúde, a fim de garantir a confirmação de todos os elementos determinantes da cirurgia segura⁽⁵⁾. Diante da apreensão das fragilidades relacionadas à incompletude da lista, almeja-se embasar o delineamento de estratégias específicas que visem a melhoria do processo de segurança cirúrgica. Diante disto, o estudo objetivou analisar as evidências científicas acerca da frequência de checagem de itens da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, em hospitais brasileiros.

Métodos

Revisão integrativa da literatura, realizada pela busca, avaliação crítica e síntese de pesquisas científicas relevantes, produzidas sobre o tema, para acesso rápido aos resultados de estudos que fundamentam tomada de decisão na prática profissional⁽¹²⁾.

A partir da definição da questão de pesquisa e do objetivo do estudo, para identificar os estudos publicados sobre o tema, foi efetuada busca *on-line*, em janeiro de 2018, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), *Índice Bibliotecário Español de Ciencias de La Salud* (IBECS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED), *Cochrane Library* e *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Foram incluídos no estudo artigos originais, que retratassem a checagem do *checklist* de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde ou adaptação deste em hospitais brasileiros, indexados nas referidas bases de dados, publicados de janeiro de 2009 a dezembro de 2017, ou seja, a partir do ano de in-

trodução do Programa de Cirurgia Segura no Brasil, com resumo e textos completos disponíveis gratuitamente para análise, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que contivessem no título, resumo e/ou assunto a seguinte combinação de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Segurança do paciente” AND (“centros cirúrgicos” OR “salas cirúrgicas” OR “procedimentos cirúrgicos operatórios”) AND “checklist”. Foram excluídos relatos de casos, revisões da literatura, relatos de experiência, opiniões de especialistas e artigos sobre a adesão ao *checklist* em outros países que não o Brasil. Artigos duplicados nas bases de dados foram considerados apenas uma vez.

Para seleção dos artigos, utilizou-se a diretriz PRISMA, composta por quatro fases: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão⁽¹³⁾. Com a utilização dos DeCS estabelecidos, foram identificados 365 estudos. Refinando a busca a partir da disponibilidade do texto completo para leitura e do período de publicação e idiomas delimitados, foram selecionados 274 artigos. Procedeu-se à leitura criteriosa dos títulos e resumos, sendo 27 elegíveis para leitura completa por atenderem à temática do estudo. Entre os artigos lidos na íntegra, cinco contemplavam os demais critérios de inclusão, se tratando de estudos originais que retratavam a checagem dos itens do *checklist*, em hospitais brasileiros. Esses cinco artigos foram incluídos para análise nesta revisão integrativa.

Os estudos selecionados tiveram os dados extraídos, organizados e sumarizados. O nível de evidência foi avaliado, a fim de fortalecer as conclusões geradas sobre o tema investigado⁽¹²⁾. As evidências foram classificadas segundo o delineamento da pesquisa: Nível I–revisão sistemática de ensaios clínicos controlados e randomizados; Nível II–ensaio clínico controlado randomizado; Nível III.1–ensaio clínico controlado sem randomização; Nível III.2– estudo de coorte, caso-controle ou analítico; Nível III.3–séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção, ou estudos experimentais não controlados; Nível IV–parecer de autoridades, estudos descritivos, ou relatório de especialistas⁽¹⁴⁾.

Os dados foram analisados com abordagem quantitativa, pela medida da frequência de checagem de cada um dos itens do *checklist* de Cirurgia Segura adotado no serviço.

Resultados

Foram incluídos cinco artigos para análise nesta revisão integrativa, sendo dois localizados na base de dados LILACS e três na MEDLINE. Os estudos analisados foram publicados entre os anos de 2014 e 2016, sendo um realizado a partir de pesquisa documental que analisou 25 *checklists* e 12.629 itens, e quatro, estudos observacionais, com amostra variando entre 20 e 1.052 cirurgias. Na totalidade, os cinco artigos têm nível IV de evidência, tratando-se de estudos descritivos e apresentam abordagem quantitativa. Sinteticamente, as pesquisas objetivavam analisar o *checklist* dos cenários de estudo e avaliar o registro dos itens e a adesão ao instrumento⁽¹⁵⁻¹⁹⁾.

Os resultados dos artigos mostraram inconformidade no preenchimento da lista de verificação, através da não aplicação na totalidade das cirurgias, incompletude dos instrumentos, verificação não ver-

bal de diferentes itens, não garantia de segurança ao paciente cirúrgico, além de falha de comunicação entre as equipes cirúrgicas⁽¹⁵⁻¹⁹⁾.

Como conclusão, os estudos mencionaram que a adesão ao *checklist* é insuficiente, com grande variação entre os itens. Quando se relatou boa adesão, foi reforçada a não completude das checagens. Inferiu-se, ainda, o não atendimento aos objetivos do Programa de Cirurgia Segura, a negligência da equipe cirúrgica com o processo, além da necessidade de ajustes imediatos, com métodos mais estruturados de implementação, treinamentos e motivação da equipe⁽¹⁵⁻¹⁹⁾.

Os artigos mencionaram que os *checklists* utilizados nos hospitais estudados eram adaptados para realidade local, a partir da proposta da Organização Mundial da Saúde. Desta forma, os itens analisados variaram entre os estudos. Utilizou-se a frequência de checagem de cada um dos itens das três etapas da lista apresentada em cada estudo para cálculo da média e desvio padrão da checagem. O estudo que não mencionou a conferência de determinado item, por não estar presente no *checklist* utilizado, foi excluído do cálculo da média. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 – Distribuição da frequência relativa, média e desvio padrão da checagem dos itens do *Sign In* da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Itens	Artigos					Média (%)	Desvio Padrão
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)		
Identificação do paciente	10,0	90,1	95,0	99,6	94,0	77,7	38,0
Avaliação pré-anestésica	-	-	-	93,8	6,0	49,9	52,5
Consentimento para cirurgia	0,0	-	100,0	96,5	94,0	72,6	48,5
Consentimento para anestesia	0,0	-	100,0	90,0	94,0	71,0	47,5
Confirmação do procedimento	-	-	95,0	-	-	95,0	--
Confirmação do sítio cirúrgico	-	-	95,0	-	-	95,0	--
Demarcação do sítio cirúrgico	-	23,8	100,0	97,3	3,0	56,0	49,9
Confirmação do jejum	-	-	45,0	96,9	-	70,9	36,7
Colocação do oxímetro	100,0	99,3	-	-	80,0	93,1	11,4
Funcionamento do oxímetro	100,0	99,1	-	-	80,0	93,2	11,3
Verificação do equipamento de anestesia	100,0	-	100,0	-	-	100,0	0,0
Confirmação de alergias do paciente	0,0	14,6	100,0	90,6	94,0	59,8	48,4
Verificação da via aérea do paciente	0,0	10,0	100,0	-	69,0	44,7	47,8
Verificação do risco de sangramento e reserva de sangue	0,0	15,0	95,0	91,1	72,0	54,6	44,2
Verificação do instrumental/material	100,0	-	100,0	-	-	100,0	0,0
Verificação do material para anestesia	100,0	-	100,0	-	-	100,0	0,0
Verificação da validade de esterilização do material	0,0	-	100,0	-	-	50,0	70,7
Checagem do aspirador	0,0	-	95,0	-	-	95,0	67,2
Checagem do aquecedor	0,0	-	100,0	-	-	100,0	70,7
Equipe cirúrgica em sala	0,0	-	-	-	-	0,0	--
Equipe de enfermagem em sala	100,0	-	-	-	-	100,0	--

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico não disponível; -- impossibilidade de cálculo do desvio padrão; 0,0 dado numérico não resultante de arredondamento ou 0% de frequência de checagem

Tabela 2 – Distribuição da frequência relativa, média e desvio padrão da checagem dos itens do *Time Out* da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Itens	Artigos					Média (%)	Desvio Padrão
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)		
Apresentação da equipe	-	92,0	-	77,8	81,0	83,6	7,5
Confirmação dos dados do paciente	0,0	97,7	100,0	96,0	69,0	72,5	42,5
Confirmação do procedimento	-	-	100,0	-	-	100,0	--
Confirmação do sítio cirúrgico	-	-	100,0	96,9	-	98,4	2,19
Verificação de eventos críticos na cirurgia	0,0	93,7	-	-	55,0	49,5	47,1
Verificação de eventos críticos na anestesia	0,0	86,7	-	-	22,0	36,2	45,1
Verificação de eventos críticos pela enfermagem	0,0	99,7	-	-	77,0	58,9	52,3
Administração de antibiótico profilático	0,0	98,8	100,0	89,1	61,0	69,8	42,1
Verificação da placa de bisturi	-	-	100,0	-	-	100,0	--
Verificação do risco relacionado ao posicionamento	-	-	100,0	-	-	100,0	--
Exames de imagens necessários disponíveis	0,0	80,0	-	-	54,0	44,6	40,8
Equipe de enfermagem completa na sala	100,0	-	-	-	-	100,0	--
Equipe cirúrgica completa na sala	0,0	-	-	-	-	0,0	--

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico não disponível; - impossibilidade de cálculo do desvio padrão; 0,0 dado numérico não resultante de arredondamento ou 0% de frequência de checagem

Tabela 3 – Distribuição da frequência relativa, média e desvio padrão da checagem dos itens do *Sign Out* da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Itens	Artigos					Média (%)	Desvio Padrão
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)		
Confirmação do procedimento	-	76,1	100,0	85,2	84,0	86,3	9,9
Contagem do instrumental	0	70,2	0	84,8	67,0	44,4	41,1
Contagem de compressas	0	-	-	92,2	-	46,1	65,2
Contagem de gazes	0	-	-	79,4	-	39,7	56,1
Identificação de espécimes	-	98,8	100,0	87,9	62,0	87,2	17,6
Problemas com equipamentos	-	51,4	-	-	45,0	48,2	4,5
Ficha de anestesia	-	-	100,0	91,8	-	95,9	5,8
Revisão dos cuidados especiais na recuperação do paciente	0	79,2	100,0	0	68,0	49,4	46,6
Registro do procedimento	100,0	-	-	-	-	100,0	--

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico não disponível; -- impossibilidade de cálculo do desvio padrão; 0,0 dado numérico não resultante de arredondamento ou 0% de frequência de checagem

Discussão

Este estudo apresenta como limitação possível viés relacionado à seleção de artigos publicados, que não pode ser medido, tendo em vista os idiomas definidos para triagem de potenciais artigos para análise, bem como relativo às bases de dados selecionadas para busca, o que resultou em amostra de cinco artigos nacionais para revisão. Outro aspecto se refere à heterogeneidade de itens de verificação das listas, por terem sido adaptados a cada realidade local, o que impossibilitou calcular a média do preenchimento de alguns itens de segurança.

Os resultados evidenciam o inadequado preenchimento de itens de segurança cirúrgica em lista de verificação, o que pode estar associado à limitada aceitação do *checklist* pelos profissionais das equipes cirúrgicas, na prática em sala operatória, além de revelar falhas nos processos de implementação do protocolo de cirurgia segura, em centros cirúrgicos, de hospitais brasileiros. 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⁽²⁰⁾. A imposição do uso aumenta a frequência de utilização do

instrumento, por outro lado, a participação dos profissionais na implementação, especialmente na adaptação da lista à realidade local, melhora a qualidade do preenchimento⁽¹⁹⁾.

O uso do *checklist* promoveu bons níveis de verificação de aspectos importantes para segurança cirúrgica, como a identificação do paciente, com média de frequência de verificação menor que 90,0% apenas em um estudo, no *sign in*; e, em dois estudos, no *time out*. O desvio padrão elevado se justifica pela baixa conferência no primeiro artigo. Enfatiza-se a importância da conferência sistemática dos dados do paciente na promoção da segurança, por assegurar que não houve troca de pacientes e que a cirurgia será realizada no paciente correto. O Ministério da Saúde do Brasil preconiza a identificação de todos os pacientes em serviços de saúde, a fim de prevenir incidentes relacionados à troca de pacientes⁽⁸⁾. No Brasil, em 2014, 35,0% dos incidentes hospitalares foram relacionados a falhas na identificação do paciente e 2,0% corresponderam à assistência prestada ao paciente errado⁽²¹⁾. A identificação do paciente cirúrgico deve ser confirmada com o próprio paciente, sempre que possível^(5,8), no entanto, em nenhum dos estudos, especificou-se a forma com que essa verificação foi realizada.

No *sign in*, a verificação do termo de consentimento não foi satisfatória. Apesar de três estudos apresentarem frequência de checagem maior que 90,0%, um deles sinalizou não conformidade na totalidade dos procedimentos e o primeiro artigo demonstrou que a confirmação não foi realizada em nenhuma cirurgia, expressando desvio padrão elevado. O médico tem o dever de prestar informações claras e adequadas aos pacientes, bem como obter o consentimento destes previamente à realização de qualquer conduta, salvo em situações de risco iminente de morte⁽²²⁾, a fim de garantir transparência e qualidade à relação médico-paciente.

As equipes cirúrgicas se mostraram preocupadas com a verificação do oxímetro de pulso, importante exame que sinaliza queda na taxa de eventos hipoxêmicos⁽²³⁾, apesar de dois artigos não terem abordado

esse item. Considerando que a compreensão da finalidade das verificações aumenta a importância estendida a cada item e melhora a adesão dos profissionais⁽¹⁹⁾, parece que, nos estudos que não abordaram esse elemento, a equipe não conhecia suficientemente seus benefícios. Entre os equipamentos de monitorização, o oxímetro é particularmente importante por permitir a identificação precoce de eventos respiratórios, um dos principais incidentes relacionados à mortalidade em anestesia⁽⁵⁾.

A avaliação pré-anestésica refere-se à investigação do estado clínico e histórico do paciente e averiguação do jejum, da via aérea e de alergias conhecidas, amparando o planejamento da assistência. A equipe deve, também, conhecer o risco de grandes perdas sanguíneas para estarem efetivamente preparadas, com acesso venoso e fluidos disponíveis, para possíveis intercorrências⁽⁵⁾. Esses itens do *sign in* tiveram baixo preenchimento, o que indica desatenção a essa medida de segurança e reforça a desinformação da equipe. O empoderamento dos profissionais, demonstrado pelo reconhecimento da necessidade de conferência de todos os itens, incrementa a completude do *checklist*⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Apesar da alta frequência de confirmação do procedimento e do sítio cirúrgico no *sign in* (95,0%), apenas um estudo citou a verificação desses itens e mencionou que somente em metade das cirurgias a verificação ocorreu verbalmente, na outra metade, não foi observada expressão verbal, apesar de o item correspondente estar checado no instrumento⁽¹⁷⁾. O mesmo ocorreu com a verificação do equipamento e dos materiais de anestesia, instrumentais, validade dos materiais, checagem do aspirador e do aquecedor, confirmação do procedimento, colocação da placa dispersiva do bisturi elétrico e risco relacionado ao posicionamento cirúrgico, que tiveram checagem de 100,0% nesse mesmo estudo, porém, não houve adesão significativa, pois os itens eram checados na lista de verificação, sem de fato terem sido aplicados verbalmente. Essa informação dificulta a confiabilidade da média calculada e a generalização dos resultados,

entretanto, apenas, nesse estudo, foi explanada a verificação não verbal dos itens do *checklist*, impossibilitando comparações com os demais artigos analisados.

Apesar de no *sign in* a confirmação do sítio cirúrgico ter sido mencionada em apenas um artigo e da verificação da demarcação do sítio ter tido baixa checagem (56,0%), no *time out*, a confirmação do local a ser operado foi alta (98,4%). No entanto, o cálculo foi baseado em dados de dois estudos. Além disso, no terceiro artigo, apenas 5,0% das checagens foram realizadas verbalmente, e o quarto, mencionou que em 8,2% das operações o local não estava demarcado. A demarcação do sítio cirúrgico, especialmente em situações que envolvam lateralidade, múltiplas estruturas ou níveis, é fundamental para prevenção de operação em sítio errado⁽⁵⁾. Cirurgias em sítios operatórios errados é um desafio a ser enfrentado⁽¹⁸⁾.

O uso da lista de verificação torna o processo comunicativo mais efetivo nas salas operatórias^(10,16), essencial na cultura de segurança. Especialmente, a pausa cirúrgica é um momento de discussão sobre os eventos graves e planejamentos operatórios⁽⁸⁾. No entanto, a comunicação entre as equipes dos artigos analisados se mostrou pouco efetiva, demonstrada por baixa frequência de checagem na apresentação da equipe e na verificação de possíveis eventos críticos no *time out*. A verificação de eventos críticos pela enfermagem teve maior frequência de preenchimento, apesar de pouco satisfatória.

No *time out*, a frequência de verificação da administração de antibiótico profilático antes da incisão cirúrgica foi maior que 89,0% em três estudos, demonstrando preocupação das equipes com a prevenção da infecção de sítio cirúrgico. Apesar disso, em um dos estudos, não houve confirmação desse item em nenhuma cirurgia, o que resultou em desvio padrão elevado. Aponta-se que nos estudos não foi mencionada a indicação da antibioticoprofilaxia para cirurgias observadas, desta forma, a inclusão de procedimentos, em que não se faz necessário o uso do antibiótico profilático, pode justificar a reduzida verificação.

Apesar disto, a conferência de todos os elementos é recomendada em qualquer situação, para que a informação seja repassada a todos os presentes na sala cirúrgica⁽⁵⁾.

Na terceira etapa do *checklist*, destaca-se a baixa verificação da contagem do instrumental cirúrgico, gazes e compressas. Essa contagem deve se iniciar no fechamento da cirurgia, para comparação com a quantidade existente antes do início da operação, a fim de evitar retenção inadvertida de materiais dentro do paciente⁽⁵⁾. A incidência deste evento é subnotificada e está aumentando, por isso, boas práticas devem ser revistas, para que medidas preventivas sejam tomadas, como a contagem minuciosa do material cirúrgico⁽²⁴⁾.

A identificação dos espécimes teve média de verificação de 87,2% e desvio padrão de 17,6. Maior importância deveria ser dada a este item, pois problemas de identificação podem acarretar erros de diagnósticos e atrasos no tratamento. Metade dos erros de exames de espécimes em laboratórios se relacionam a problemas em sua identificação⁽⁵⁾. Urge melhor conhecimento dos malefícios da etiquetagem incorreta e processos de trabalho bem definidos, com a identificação correta do responsável por essa tarefa, a fim otimizar esse dado.

A identificação de problemas com equipamentos durante a cirurgia também apresentou checagem deficiente. Uma das possíveis razões é o profissional da equipe considerar não ser de sua competência a resolução de problemas técnico-operacionais. No entanto, a identificação do mau funcionamento de equipamentos pela equipe é importante, para se evitar atrasos nos procedimentos, além de facilitar a busca pela solução imediata do problema⁽⁵⁾.

Baixa conferência do item de revisão dos cuidados necessários na recuperação do paciente evidencia descontinuidade do cuidado prestado ao paciente, uma vez que o procedimento cirúrgico-anestésico e possíveis complicações no decorrer do processo estão intimamente relacionados aos cuidados que devem

ser prestados na sala de recuperação pós-anestésica. O plano de tratamento pós-operatório deve ser revisado pelo cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem, com foco em questões que possam afetar a recuperação do paciente, com objetivo de transferir, de modo eficiente e adequado, toda informação crítica⁽⁵⁾.

Comparando-se as três etapas do *checklist*, observa-se maior comprometimento com a primeira etapa, em que 48,0% dos itens obtiveram média de checagem maior que 90,0%, contra 38,0%, na segunda, e 2,0%, na terceira etapa. De maneira geral, a média de preenchimento dos itens pelas equipes cirúrgicas brasileiras foi baixa, uma vez que 28,0% dos itens tiveram frequência de checagem menor que 50,0%.

Para além da baixa frequência de checagem, práticas inapropriadas, contrárias às recomendações da Organização Mundial da Saúde, foram mencionadas, como a aplicação da lista de forma não verbal e o adiamento das verificações. No segundo estudo, relatou-se que 80,0% das contagens de instrumental ocorreram após a saída do paciente da sala, e no terceiro estudo, 45,0% das vezes em que se realizou o *time out*, aplicou-se após a incisão cirúrgica.

A checagem verbal é recomendada para promover o trabalho em equipe e a troca de informações entre os profissionais⁽⁵⁾. Inadequação desse processo sugere, novamente, problema de comunicação entre os profissionais. O atraso na condução da lista torna o processo sem propósito, por perder a oportunidade de identificação de riscos ao paciente, através da verificação de elementos de segurança antes de se prosseguir com a cirurgia.

Outras inconsistências foram apresentadas. No quarto estudo, apesar da boa verificação do sítio cirúrgico, em 8,2% dos casos que envolviam lateralidade, o local a ser operado não estava demarcado, e no quinto artigo, cuja lista foi aplicada em 60,8% das cirurgias, em apenas 3,5% dos casos, o instrumento estava completamente preenchido.

É possível que as concepções dos profissionais sobre a importância dos itens da lista influenciem

seu uso. Itens relacionados mais diretamente com as atividades dos profissionais da enfermagem tiveram melhor média de preenchimento, possivelmente pelo fato de o condutor da checagem ser, na maioria das vezes, um membro da equipe de enfermagem, contrariamente, menor adesão ao processo é observada por médicos cirurgiões⁽¹⁶⁾.

A grande variação da frequência de checagem de cada item e a baixa aferição da maioria deles demonstram inconsistência e baixa qualidade no processo de segurança cirúrgica. Logo, destaca-se a importância da educação permanente para disseminar práticas de segurança⁽²⁰⁾. O estabelecimento de uma cultura de segurança envolve gestão organizacional, lideranças ativas, comunicação efetiva, trabalho em equipe, crenças individuais, além de cultura não punitiva, de aprendizado com os erros, considerada área a ser otimizada⁽²⁵⁾.

Vale destacar que os resultados dos estudos brasileiros analisados corroboram com achados de pesquisas em países desenvolvidos, como Suíça e Reino Unido⁽²⁶⁻²⁷⁾, fazendo refletir que inconformidades no procedimento de segurança cirúrgica não se relacionam exclusivamente com a limitação de recursos ou infraestrutura dos centros cirúrgicos.

Estudos que identifiquem fatores relacionados à adesão ao *checklist* e que avaliem métodos de implementação efetivos são essenciais para melhor compreensão do fenômeno e urgente avanço do desafio global, no âmbito do país.

Conclusão

A frequência de checagem dos itens da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, por equipes cirúrgicas, em hospitais brasileiros, mostrou-se insatisfatória, o que sugere baixa adesão ao processo de segurança cirúrgica, evidenciando necessidade de melhorias alicerçadas na cultura de segurança do paciente cirúrgico.

Colaborações

Almeida RE contribuiu com concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Rodrigues MCS colaborou com concepção do projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Trindade L, Lage MJ. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p.39-56.
3. Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA. Surgical adverse events: a systematic review. *Am J Surg.* 2013; 206(2):253-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.11.009>
4. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Méd Bras.* 2013; 59(5):421-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Haynes AB, Edmondson L, Lipsitz SR, Molina G, Neville BA, Singer SJ, et al. Mortality trends after a voluntary checklist based surgical safety collaborative. *Ann Surg.* 2017; 266(6):923-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000002249>
10. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):71-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>
11. Pancieri AP, Carvalho RD, Braga E. Aplicação do checklist para cirurgia segura: relato de experiência. *Rev SOBECC.* 2014; 1(19):26-33. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.006>
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Reprint-preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Phys Ther.* 2009; 89(9):873-80. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
14. Karino ME, Felli VEA. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Cienc Cuid Saúde.* 2012; 11(5):11-5. doi: <http://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17048>
15. Giannattasio MB, Taniguchi FP. Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. *Rev SOBECC.* 2016; 2(3):125-31. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030002>
16. Santana HT, De Freitas MR, Ferraz EM. WHO Safety surgical checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. *J Infect Public Health.* 2016; 9(5):586-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2015.12.019>

17. 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: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>
18. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz EDA. Analysis of the registration and content of surgical safety checklist. *Esc Anna Nery.* 2015; 19(2):246-51. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150032>
19. 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: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>
20. Carmo TG, Criado JVN, Dias BF. The implementation process of the safe surgery protocolo. *Rev Cubana Enferm [Internet.]* 2017 [cited 2018 Jul. 22]; 33(1). Available from: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1028/240>
21. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde-2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
22. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
23. Kim RY, Kwakye G, Kwok AC, Baltaga R, Ciobanu G, Merry AF, Haynes AB. Sustainability and long-term effectiveness of the WHO Surgical Safety Checklist combined with pulse oximetry in a resource-limited setting: two-year update from Moldova. *JAMA Surg.* 2015; 150(5):473-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2014.3848>
24. Silva SM, Sousa JB. Gossipiboma pós operação abdominal é situação clínica desafiadora e sério problema médico legal. *Arq Bras Cir Dig.* 2013; 26(2):140-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000200015>
25. Tavares APM, Moura ECC, Avelino FVSD, Lopes VCA, Nogueira LT. Patient safety culture from the perspective of the nursing team. *Rev Rene.* 2018; 19:e3152. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193152>
26. Cullati S, Le Du S, Rae 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: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001634>
27. Pickering SP, Robertson ER, Griffin D, Hadi M, Morgan LT, Catchpole KC, et al. Compliance and use of the World Health Organization checklist in UK operating theatres. *Br J Surg.* 2013; 100(12):1664-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.9305>