

Limitações na implementação da lista de checagem de cirurgia e impactos na segurança do paciente cirúrgico

Limitations in the implementation of the surgery checklist and impacts on surgical patient safety

Limitaciones en la implementación de la lista de verificación de cirugía e impactos en la seguridad del paciente quirúrgico

Recebido: 29/07/2020 | Revisado: 01/08/2020 | Aceito: 08/08/2020 | Publicado: 14/08/2020

Ronilson Gonçalves Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4097-8786>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, Brasil

E-mail: ronilsonprof@gmail.com

Deise Breder dos Santos Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6530-2657>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: deisebreder08@gmail.com

Eric Rosa Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0202-6653>

Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, Brasil

E-mail: ericrosap@yahoo.com.br

Luana Ferreira de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8433-4160>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: Luana.almeida3011@gmail.com

Cintia Silva Fassarella

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2946-7312>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Universidade do Grande Rio – Prof José de Souza Herdy, Brasil

E-mail: cintiafassarella@gmail.com

Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7014-4654>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: joyarimatea@yahoo.com.br

Priscilla Valladares Broca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3392-910X>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: priscillabroca@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar na literatura as dificuldades encontradas na adesão à lista de verificação de cirurgia segura nos hospitais para o aumento da segurança do paciente em organizações de saúde com centro cirúrgico. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura que buscou verificar as dificuldades encontradas para adesão à lista de verificação de cirurgia segura nos hospitais. Resultados: constatou-se que há unanimidade quanto a importância da utilização das listas de checagem nas cirurgias, tendo uma das literaturas apontado a ocorrência de evento adverso em unidade em que não havia a sua implementação. Identificou-se a falta de treinamentos voltados para a inserção da lista de verificação nas ações educativas institucionais, sendo a principal dificuldade apontada a falta de recursos humanos para condução da checagem em várias salas cirúrgicas e as múltiplas cirurgias realizadas simultaneamente. Pôde-se depreender ainda a existência do entendimento de que o uso da lista de verificação pode gerar desconforto no profissional que o conduz. Não foram identificadas relações entre eventos adversos em pacientes cirúrgicos e a implementação das listas de checagem. Conclusão: o uso da lista de verificação é negligenciado em seu preenchimento e existem inúmeras dificuldades para sua implementação, além da falta de motivação para sua efetiva inserção por equipes cirúrgicas. Evidenciou-se a ausência de uma cultura de registro/notificação segundo a literatura analisada, condição que pode interferir no gerenciamento de indicadores voltados à implantação da meta “cirurgia segura” e melhores práticas nessas unidades.

Palavras-chave: Lista de checagem; Segurança do paciente; Enfermagem perioperatória.

Abstract

Objective: to identify in the literature the difficulties encountered in adhering to the safe surgery checklist in hospitals to increase patient safety in health organizations with surgical

centers. Method: This is an integrative review of the literature that sought to verify the difficulties encountered in adherence to the safe surgery checklist in hospitals. Results: It was found that there is unanimity regarding the importance of using checklists in surgeries, with one of the literature pointing out the occurrence of an adverse event in a unit where there was no implementation. It was identified the lack of training aimed at the insertion of the checklist in institutional educational actions, being the main difficulty pointed out the lack of human resources to conduct the checklist in several operating rooms and the multiple surgeries performed simultaneously. It was also possible to understand that the use of the checklist can generate discomfort in the professional who conducts it. No relationships were identified between adverse events in surgical patients and the implementation of checklists. Conclusion: the use of the checklist is neglected in its completion and there are numerous difficulties for its implementation, besides the lack of motivation for its effective insertion by surgical teams. The absence of a culture of registration/notification according to the analyzed literature was evidenced, a condition that can interfere in the management of indicators aimed at the implementation of the goal "safe surgery" and best practices in these units.

Keywords: Checklist; Patient safety; Perioperative nursing.

Resumen

Objetivo: identificar en la literatura las dificultades encontradas al adherirse a la lista de verificación de cirugía segura en hospitales para aumentar la seguridad del paciente en organizaciones de salud con quirófano. Método: esta es una revisión de literatura integradora que buscaba verificar las dificultades encontradas para cumplir con la lista de verificación de cirugía segura en los hospitales. Resultados: se encontró que existe unanimidad con respecto a la importancia de usar listas de verificación en cirugías, y una de las publicaciones apunta a la ocurrencia de un evento adverso en una unidad donde no hubo implementación. Se identificó la falta de capacitación destinada a insertar la lista de verificación en las acciones educativas institucionales, la principal dificultad es la falta de recursos humanos para realizar la verificación en varias salas de operaciones y las múltiples cirugías realizadas simultáneamente. También fue posible inferir la existencia de la comprensión de que el uso de la lista de verificación puede generar molestias en el profesional que la realiza. No se identificaron relaciones entre los eventos adversos en pacientes quirúrgicos y la implementación de listas de verificación. Conclusión: el uso de la lista de verificación se descuida en su finalización y existen numerosas dificultades para su implementación, además de la falta de motivación para su inserción efectiva por parte de los equipos quirúrgicos. La

ausencia de una cultura de registro / notificación se evidenció de acuerdo con la literatura analizada, una condición que puede interferir en el manejo de los indicadores destinados a la implementación del objetivo "cirugía segura" y las mejores prácticas en estas unidades.

Palabras clave: Lista de verificación; Seguridad del paciente; Enfermería perioperatoria.

1. Introdução

O objeto investigado nesse estudo é a implementação da lista de verificação em procedimentos cirúrgicos em instituições de saúde no Brasil, dada a sua relevância para o aumento da segurança do paciente em organizações de saúde com centro cirúrgico.

No ano 2007, a OMS preocupada com a segurança do paciente nos ambientes cirúrgicos criou, junto à Universidade de Harvard, o programa *Safe Surgery Save Lives* (Cirurgias Seguras Salvam Vidas), com vistas à redução de riscos e erros na realização de procedimentos cirúrgicos (OMS, 2009).

Entretanto, em 2008, segundo a OMS, 234 milhões de cirurgias foram realizadas em todo o mundo, existindo um número representativo de pacientes que apresentaram complicações (7 milhões) e com desfechos fatais para cerca de 2 milhões (OMS, 2009). Esses índices apontam para um elevado número de óbitos, pois indicam que a cada 300 pacientes submetidos a procedimento cirúrgico 1 evolui para óbito em consequência da própria cirurgia, sendo que o uso de uma lista de verificação, *check list*, para cirurgia segura poderia reduzir essa mortalidade em aproximadamente 47% (Hayne et al., 2009).

Esses dados induzem a uma reflexão mais aprofundada sobre a importância do uso do *check list* pela equipe de enfermagem junto à equipe médica para a realização adequada de procedimentos cirúrgicos com vistas à redução de erros. Para o preenchimento do *check list* realiza-se uma pausa temporária, antes da indução anestésica e incisão cirúrgica, para verificação de todos os itens necessários para a cirurgia, o qual é habitualmente denominado “*time out*” (SOBECC, 2017).

A realização desse estudo é justificada pela oportunidade de conhecer as condições que impactam negativamente sobre o cumprimento da meta de cirurgia segura, recomendada mundialmente e conhecida como a quarta meta internacional de segurança do paciente, cujo propósito é garantir que as cirurgias sejam feitas no local correto, com o procedimento correto e no paciente correto.

O estudo permite também, para a sociedade, uma discussão que interessa a todos, posto que a realização de procedimentos cirúrgicos sempre será necessária para atendimento

de necessidades da população, independente de gênero e idade, podendo contribuir para o esclarecimento de dúvidas e promoção de conhecimentos para profissionais de saúde, graduandos e pós-graduandos interessados nesse tema.

O objetivo desse estudo foi identificar na literatura as dificuldades encontradas na adesão à lista de verificação de cirurgia segura nos hospitais para o aumento da segurança do paciente em organizações de saúde com centro cirúrgico.

2. Referencial Teórico

2.1 Breve histórico dos procedimentos cirúrgicos.

Os primeiros registros sobre procedimentos cirúrgicos são pré-históricos. As queimaduras eram tratadas e a remoção do tecido traumatizado era realizado de maneira bastante grosseira. Conforme a Torá (sagrada escritura da lei judaica), existe o registro de procedimentos cirúrgicos realizados pelos judeus em Abraão, quando estava com a idade de 90 anos, em 1900 a. C. (Bressane, 2017).

Até por volta do ano 1125, os procedimentos cirúrgicos eram realizados por barbeiros. Entre 1510 e 1590 surge a modernização da cirurgia por Ambroise Pare, um estudioso sobre o tema - tratamento de feridas. Louis Pasteur também trouxe contribuição através da descoberta da diferenciação de organismo aeróbico e anaeróbico, através de pesquisas de fermentação e dos microrganismos. Neste período também surgiu a introdução da base da antissepsia utilizada no tratamento das feridas e nas cirurgias realizadas por Joseph Lister, sendo aplicados os princípios de Pasteur (Bressane, 2017).

Apesar das descobertas, a precariedade dos instrumentais e matéria prima no início do século XIX dificultava a realização do procedimento cirúrgico adequado. Condições inadequadas relacionadas a cuidados e procedimentos cirúrgicos foram observados no Hospital Geral de Massachusetts, considerado à época um dos mais avançados centros cirúrgicos do século XIX. (ANVISA, 2000).

Neste hospital, a sala de cirurgia localizava-se no alto do edifício, não apenas para receber luz natural, mas para que os pacientes internados não ouvissem os gritos de dor dos pacientes que seriam submetidos as cirurgias; ao redor da cadeira operatória, que ficava no centro da arena, era rodeada por uma arquibancada onde ficavam os curiosos. O cirurgião utilizava um avental sujo com sangue e materiais contaminados provenientes das cirurgias

anteriores; o instrumental cirúrgico era limpo somente com panos ou esponja e misturados em caixas que ficavam pelo chão até o próximo uso (ANVISA, 2000).

Entre 1840 a 1889 as cirurgias eram realizadas sem anestesia, utilizava-se no máximo éter e as cirurgias limitavam-se às amputações (Caramori, 2013). Através da descoberta da anestesia, em 1846, caracterizou-se a evolução da história da cirurgia (SOBECC, 2017; Reis Junior, 2006).

Com o passar dos anos as técnicas de procedimentos cirúrgicos foram evoluindo e através do conhecimento e do surgimento de equipamentos e materiais modernos e do aprimoramento dos profissionais, os pacientes podem receber uma melhor assistência e responder de maneira mais eficaz a assistência recebida.

2.2 Complicações cirúrgicas

As infecções nosocomiais tiveram grande relevância na evolução histórica dos hospitais. O legado deixado por Ignaz Semmelweis (1818-1865) que instituiu o ato da lavagem das mãos; Joseph Lister que ressaltou a importância da antisepsia, trazendo grande revolução à prática cirúrgica; Florence Nightingale (1820-1910) que desvendou a importância da limpeza ambiental e da epidemiologia para o controle e prevenção das doenças e, William Halstedt que preconizou o uso de luvas cirúrgicas, contribuíram para o controle das infecções no passado e permanece até os dias atuais (Vital & Cruz, 2018).

Através do avanço tecnológico e da descoberta de métodos que contribuem na prevenção de infecções, existe frequentemente a ocorrência de infecções como complicações pós-operatórias, em especial no sítio cirúrgico. “As Infecções em Sítio Cirúrgico (ISC) são consideradas uma complicação intrínseca ao ato cirúrgico e podem ser definidas como processo infeccioso que acomete tecido, órgãos e cavidade, abordados em procedimentos cirúrgicos” (Vital & Cruz, 2018, p.2).

A ocorrência da infecção de sítio cirúrgico (ISC) ocupa o terceiro lugar entre todas as infecções que têm relação com a assistência à saúde, compreendendo um percentual de 14% a 16% dos casos de infecções nos pacientes que se encontram hospitalizados (Brasil, 2017).

Existem diversos fatores de risco que podem estar associados à infecção de sítio cirúrgico, como: tempo de internação pré-operatório maior que 24 horas; tempo de duração da cirurgia, em horas; potencial de contaminação da ferida operatória classificado em potencialmente contaminada, contaminada e infectada; e índice ASA classificado em ASA II,

III e IV/V. *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli* também foram identificados (Carvalho et al., 2017).

As infecções do sítio cirúrgico além de serem consideradas um problema grave relacionado ao atraso da cicatrização da ferida, também predispõe ao aumento do tempo de internação e do custo hospitalar, favorecendo também o aumento da mortalidade e morbidade (SOBECC, 2017; Santana & Oliveira, 2015).

A assistência de enfermagem inclui a profilaxia ou prevenção de ISC e o tratamento de complicações, que pode vir a se desenvolver decorrentes do procedimento cirúrgico. A enfermagem atua na prevenção de complicações pós-cirúrgicas através da anamnese e exame físico, além de uma prescrição efetiva de cuidados com relação à incisão cirúrgica, orientando também quanto aos cuidados após a alta.

Em outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) efetivou a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente e em 2005 passou a ser um tema estratégico e prioritário, sendo reconhecida como “Desafios Globais”. O primeiro desafio teve como foco as infecções relacionadas à assistência à saúde. Já o segundo, se dirige a atenção para as práticas da cirurgia segura, que são componentes essenciais da assistência à saúde (OMS, 2009).

A segurança do paciente trata dos riscos envolvidos na assistência à saúde e busca minimizá-los, além de reduzir ou eliminar os eventos adversos, que são os incidentes que resultam em dano ao paciente. Para a sua prevenção vários profissionais devem se envolver no processo. A equipe de enfermagem tem um papel importante, pois sempre participa do cuidado e do gerenciamento das ações voltadas aos pacientes (Brasil, 2017).

O enfermeiro é o profissional responsável pela realização do cuidado e pela percepção das necessidades que o paciente pode vir a apresentar. Ele organiza, planeja e executa os cuidados necessários ao paciente, contribuindo para a sua evolução clínica. Também é responsável pela realização dos curativos das feridas operatórias, pela avaliação do tecido e manutenção da integridade cutânea do paciente, além de outros fatores importantes como a manutenção do ambiente terapêutico e a humanização da assistência (Santos et al., 2016).

2.3 Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico

No ano de 1889, nos Estados Unidos da América (EUA), a enfermagem de sala de operação (SO) surgiu como a primeira especialidade na enfermagem e dentre as responsabilidades do enfermeiro de SO, nas primeiras décadas do século XX, estavam: o

preparo do ambiente cirúrgico, auxílio da equipe médica e orientação de estudantes de enfermagem. Em 1949, foi fundada a *Association of Operating Room Nurses* (AORN), esta associação tinha como objetivos principais a formação de um corpo de conhecimento para os enfermeiros de SO, promover ao paciente cirúrgico um ótimo cuidado através de programas educacionais e constituir uma associação para beneficiar todos os profissionais que atuam nessa área (Galvão et al., 2002).

A partir da década de 60, a AORN teve como uma de suas metas melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico. No Brasil, o início da prática de enfermagem em centro cirúrgico se deu pela ausência de pessoas capacitadas para atender às necessidades da equipe médica, que inclui principalmente o preparo da sala de operação, artigos médico-hospitalares e equipamentos. No final da década de 60 e início dos anos 70, através do desenvolvimento da cirurgia, surgiram os primeiros estudos que norteavam para a assistência de enfermagem ao paciente na unidade de centro cirúrgico (Galvão et al., 2002).

A assistência de enfermagem perioperatória consiste em três períodos, o período pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório da experiência cirúrgica do paciente. O enfermeiro realiza uma variedade de cuidados, dentre os quais: no período pré-operatório realiza exames pré-admissão, admissão no centro cirúrgico e na sala de espera; no período intraoperatório realiza a manutenção da segurança do paciente, monitoramento fisiológico e apoio psicológico; e, no período pós-operatório realiza a transferência do paciente para a unidade de recuperação anestésica e avaliação pós-operatória na área de recuperação, na unidade de enfermagem cirúrgica, em domicílio ou clínica (Hinkle, & Cheever, 2016).

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é a assistência ao paciente no período trans-operatório, período que inicia com a recepção do paciente no centro cirúrgico e termina com a transferência do paciente para a sala de recuperação pós-anestésica. Através das intervenções de enfermagem, o enfermeiro poderá minimizar os riscos aos quais o paciente cirúrgico fica suscetível devido o procedimento anestésico (Galvão et al., 2002).

Preparo Pré-Operatório: deve ter seu início o mais cedo possível, com a finalidade de preparar o paciente física e psicologicamente, bem como manter sua segurança. Este preparo busca desenvolver no paciente resultados como o alívio da ansiedade, a diminuição do medo e a compreensão da intervenção cirúrgica pelo paciente. O período pré-operatório tem início a partir da decisão de realizar a intervenção cirúrgica e termina quando o paciente é transferido para o centro cirúrgico (Hinkle, & Cheever, 2016).

Preparo Pós-Operatório: os cuidados de enfermagem no pós-operatório objetivam o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, bem como o alívio da dor, a prevenção

de complicações e as orientações relacionadas ao autocuidado. O paciente pode realizar a recuperação na unidade de recuperação pós anestésica, caso esteja sob efeito de anestésicos, recebendo cuidados intensivos de enfermagem; pode ser preparado para o cuidado no hospital, ou ainda ser preparado para a alta domiciliar, recebendo orientações e informações sobre cuidados para o acompanhamento pós cirúrgico. O período pós-operatório tem início na admissão do paciente na unidade de recuperação anestésica e finaliza após avaliação para acompanhamento na clínica ou na residência (Hinkle, & Cheever, 2016). De acordo com o porte da cirurgia e necessidade de cuidados intensivos o paciente cirúrgico pode ser encaminhado ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI) ao invés de ir para a recuperação pós-anestésica (RPA).

2.4 Cirurgia segura

Com o surgimento, em 2007, do desafio global “Cirurgias seguras salvam vidas”, foi possível difundir e dar visibilidade aos principais aspectos relacionados com a segurança do paciente cirúrgico, objetivando o aumento da qualidade no cuidado e nos procedimentos a pacientes cirúrgicos em âmbito mundial (OMS/MS/OPAS, 2009).

Na busca pela melhoria da qualidade dos serviços prestados, os gestores das organizações hospitalares passaram a procurar novos modelos assistenciais e diferentes formas de gestão que permitissem alcançar resultados capazes de garantir a melhoria desses serviços em suas unidades.

Em 2009, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) publicou, no Brasil, o Manual de implementação de medidas para a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, intitulado “Cirurgias seguras salvam vidas” (Brasil, 2009).

Dentre os dez objetivos essenciais preconizados para a cirurgia segura a serem atingidos pela equipe de saúde, conforme orientações da OMS, referidas neste manual estão: o uso de métodos conhecidos para impedir danos na administração da anestesia, enquanto protege o paciente da dor; reconhecer e estar preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que possa ameaçar a vida do paciente; reconhecer e estar preparada para o risco de perdas sanguíneas em grande quantidade; evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica ao saber dos riscos ao paciente; usar de maneira sistemática métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico (ISC); impedir a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas; manter seguros e identificar

todas as amostras cirúrgicas; a comunicação efetiva e a troca de informações críticas para conduzir a operação de forma segura; os hospitais e os sistemas de saúde pública deverão estabelecer vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos e; a cirurgia no paciente certo e no local certo.

Todos esses objetivos podem direcionar os profissionais de saúde para o aumento da qualidade dos serviços e garantir maior segurança nas intervenções cirúrgicas. Essas condutas progressivamente resultarão em mais vidas salvas e na redução de eventos adversos em pacientes atendidos nessas unidades.

Uso de *Check List*

O período transoperatório compreende o momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico (CC) até a sua saída da sala operatória (SO). Existem dois momentos neste período que compreendem: a recepção do paciente no CC e o intraoperatório propriamente dito, que é iniciado com o procedimento anestésico-cirúrgico, estendendo-se até a reversão da anestesia (SOBECC, 2017).

A utilização da lista de checagem (*check list*) deverá ser realizada nas três fases principais do ato cirúrgico, sendo elas: imediatamente antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão da pele (*time out*) e antes da saída do paciente da sala operatória (*sign out*) (SOBECC, 2017).

É no momento anterior à incisão da pele, *time out*, que é possível identificar os nomes e os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico, relatar verbalmente a identificação do paciente, local da cirurgia e o procedimento a ser realizado. É possível a antecipação de eventos críticos, com a revisão pelo médico cirurgião; havendo o questionamento de possíveis etapas críticas ou inesperadas, bem como a estimativa da duração da cirurgia e previsão de perda sanguínea (SOBECC, 2017).

Também há a revisão da equipe de anestesiologia, onde dirige-se alguma preocupação específica em relação ao paciente. E, a revisão da enfermagem quanto à esterilização do instrumental cirúrgico e funcionamento adequado dos equipamentos. Também é realizada a checagem da antibioticoterapia profilática nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, assim como verificar se os exames de imagem estão à disposição (SOBECC, 2017).

É importante destacar que é possível gerenciar riscos antes do ato cirúrgico somente realizando-se a lista de checagem. Trata-se de um instrumento facilitador para a segurança do

paciente, já que abrange uma gama de elementos diversificados envolvendo toda uma equipe multidisciplinar.

3. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste na realização de um resumo dos conhecimentos e a junção deles sobre a temática pesquisada. Para isso, foram seguidas as seguintes etapas para o seu desenvolvimento: etapa 1 – identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; etapa 2 – estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, descrição da metodologia da revisão e base de dados; etapa 3 – categorização dos estudos; etapa 4 – avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; etapa 5 – interpretação dos resultados; etapa 6 – apresentação da revisão e síntese do conhecimento (Mendes et al., 2008).

A pergunta norteadora deste estudo foi: quais as limitações e implicações da não implantação da lista de verificação de cirurgia segura?

A pesquisa com uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a busca de artigos e promover o embasamento da pesquisa científica. As seguintes combinações dos descritores foram realizadas: (Segurança do paciente *AND* Lista de checagem), (Segurança do Paciente *AND* Enfermagem perioperatória) e (Lista de Checagem *AND* Enfermagem perioperatória). No Quadro 1, estão as categorias e definições dos descritores.

Os critérios de inclusão foram: textos de artigos completos; nos idiomas português, inglês e espanhol; envolvendo seres humanos, gratuitos e publicados entre os anos 2013 e 2018, de maneira a se obter os artigos mais atuais (últimos 5 anos) desde o início da produção desse estudo. Os critérios de exclusão foram: os artigos terem como tema central outros termos discordantes da proposta desse estudo, como: editoriais, teses, dissertações e aqueles em duplicidade.

Quadro 1. Categorização e definição dos Descritores em Ciências da Saúde.

Descritor	Categoria	Definição
Segurança do Paciente	N06.850.135.060.075.399	Esforços para reduzir riscos, identificar e reduzir incidentes e acidentes que podem impactar negativamente os consumidores de cuidados de assistência à saúde.
Lista de Checagem	N05.715.360.300.179	Auxílio para registro consistente de dados tais como tarefas realizadas e observações anotadas.
Enfermagem Perioperatória	E02.760.731.500 H02.478.676.650 N02.421.533.710 N02.421.585.722.500	Cuidados de enfermagem prestados ao paciente antes, durante e depois da cirurgia.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com a definição dos descritores e critérios de inclusão realizou-se buscas bibliográficas no período de 12 a 13 de maio de 2018, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), obtendo-se as informações descritos no Quadro 2. Após realização das combinações entre os descritores e a leitura dos artigos encontrados, foram selecionados 6 artigos da primeira combinação e 2 da segunda combinação, pois tinham relação com o objetivo do estudo. Na terceira combinação de descritores foi inviável a seleção, pois não foram encontrados artigos. Com isso, foram selecionados 8 artigos para análise.

Quadro 2. Combinação entre descritores e o operador booleano AND e seleção dos artigos.

Descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados
Lista de Checagem AND Segurança do Paciente	9	6
Segurança do Paciente AND Enfermagem Perioperatória	8	2
Lista de Checagem AND Enfermagem Perioperatória	0	0

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4. Resultados

A partir da descrição dos artigos obtidos através dos critérios metodológicos seguidos no estudo e analisando os artigos selecionados, realizou-se uma comparação entre estes, enfatizando-se a existência ou não da realização do *checklist* nesses estudos e ainda a presença de informações a respeito de eventos adversos, obtendo-se os resultados apresentados nos Quadros 3 e 4.

Quadro 3: Artigos selecionados a partir da combinação de descritores - Lista de Checagem e Segurança do Paciente - e a realização do checklist e verificação de evento adverso.

Título do artigo	Periódico	Ano	Autor	Realização do checklist	Ocorrência de evento adverso?
Construção e validação de conteúdo de <i>check list</i> para a segurança do paciente em emergência.	Rev. Gaúcha Enferm.	2016	Amaya MR et al.	Não houve implantação, somente a validação do conteúdo	Não menciona
Análise do registro e conteúdo de <i>check list</i> para cirurgia segura.	Esc Anna Nery	2015	Amaya MR et al.	Sim, de forma incompleta	Não menciona
Avaliação da adesão à <i>Lista de Verificação de Segurança no Parto</i> em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil.	Cad. Saúde Pública	2017	Praxedes AO et al.	Sim, adaptado à realidade da unidade, mas com preenchimento incompleto.	Não menciona
Adesão ao preenchimento do <i>check list</i> de segurança cirúrgica.	Cad. Saúde Pública	2017	Ribeiro HCTC et al.	Sim, de forma incompleta	Não menciona
Avaliação da adesão ao <i>checklist</i> 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	Freitas MR et al.	Sim, de forma incompleta	Não menciona
Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização.	Acta paul. Enferm.	2015	Manrique BT et al.	Sim, de forma incompleta	Não menciona

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quadro 4. Artigos selecionados a partir da combinação de descritores - Segurança do Paciente e Enfermagem Perioperatória - e a realização do checklist e verificação de evento adverso.

Título do artigo	Periódico	Ano	Autor	Realização do checklist	Ocorrência de evento adverso?
Validação de <i>checklist</i> cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico.	Acta paul. enferm.	2015	Roscani ANCP et al.	Não houve implantação, somente a validação do conteúdo	Não menciona
Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica	Acta paul. enferm.	2013	Paranaguá TTB et al.	Não realiza	Sim

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Foram analisadas as principais dificuldades na implementação do *checklist* nos artigos selecionados, constatando-se que os cirurgiões são os profissionais que menos realizam o *checklist* de forma completa, seguidos dos anestesistas (Manrique et al., 2015).

Também foi verificado que os exames de imagem não foram informados em alguns momentos e a confirmação sobre o paciente, como identificação, local da cirurgia, procedimento ou consentimento, mostrou-se ausente. A burocracia e as dificuldades decorrentes da existência de apenas um profissional designado para a condução do *checklist* em todas as salas operatórias também foi um problema identificado (Ribeiro et al., 2017).

Foi apresentada como dificuldade a falta de treinamento e o não empoderamento das equipes em relação à aplicabilidade deste método, estando constatado que a falta de tempo para a dedicação ao protocolo por parte das equipes multidisciplinares é comum, havendo negligência e falta de comunicação entre os membros das equipes (Freitas et al., 2014).

5. Discussão

Apesar de muito se discutir na literatura sobre os eventos adversos em procedimentos cirúrgicos, dada a complexidade dos procedimentos, a não interação das equipes multidisciplinares e o trabalho sob pressão são fatores que podem aumentar os riscos, dos quais a maioria poderia ser evitado (Manrique et al., 2015).

Em todos os artigos selecionados é frequente a afirmação de que as listas de checagem são de extrema importância para minimizar quaisquer tipos de danos futuros, porém, a sua implantação representa um desafio.

Numa analogia, ao contrário da aviação civil, em que a implantação das listas de checagem é obrigatória e eficaz, permitindo inclusive que eventos graves sejam conhecidos por sua divulgação através das mídias, na área da saúde os eventos adversos graves são silenciosos e em grande parte são descobertos através de investigação minuciosa (Roscani et al., 2015).

Através deste estudo, foi constatado que muitos profissionais sabem da importância da implementação das listas de checagem, porém em apenas um artigo pode-se evidenciar a prevalência de eventos adversos em unidade onde não há a implantação destas listas (Paranaguá et al., 2013). Logo, foi percebido através deste artigo que o risco é fortemente aumentado quando não há uma barreira que limite os riscos.

Foi possível perceber que ainda não há treinamento para a inserção do *checklist* e que as ações educativas não são suficientes para habilitar as equipes, resultando em uma menor qualidade no preenchimento (Freitas et al., 2014). Este resultado corrobora com os resultados de um artigo de revisão em que foi constatada a baixa adesão ao preenchimento do *checklist* pela falta de conhecimento e treinamento da equipe (Gehres, Cremonese, & Schuh, 2020; Silva & Silva, 2017) além da presença de registros incompletos que influenciam na qualidade do preenchimento (Batista et al., 2020).

Cabe salientar que toda nova implantação em uma rotina hospitalar deve ser estruturada e baseada em conhecimento, habilidades e atitudes para a garantia de êxito. Investir em treinamento para reduzir o erro em potencial pode ser uma estratégia importante para o aumento da segurança do paciente cirúrgico.

A permanência por longos períodos junto a esses pacientes permite aos enfermeiros um planejamento sobre suas ações de cuidar, favorece a interação com o próprio cliente e com outros membros da equipe multidisciplinar, facilitando a multiplicação e uniformização de informações (Rocha et al., 2019).

Um dos estudos aponta como dificuldade a presença de apenas um profissional para conduzir a lista de checagem em todas as salas operatórias e pelo fato das cirurgias acontecerem simultaneamente (Ribeiro et al., 2017). O mau dimensionamento de pessoal e a falta de trabalho em equipe foram apontados em outro estudo como dificuldades para o profissional aderir ao preenchimento do *checklist* (Silva & Silva, 2017). Ocorre, entretanto, que é importante o envolvimento de mais profissionais no preenchimento desse instrumento e

o conhecimento da importância de cada item da lista de checagem, evitando falhas no preenchimento.

Encontrou-se em uma das literaturas, para justificar a não realização do *checklist* as seguintes ponderações: o momento intraoperatório é um período de grande concentração e isso pode gerar um desconforto por parte do profissional que conduz o *checklist*. Neste caso, mesmo com essa agravante não se deve negligenciá-lo para que possíveis complicações possam ser evitadas (Ribeiro et al., 2017).

A não participação do cirurgião por si só reporta a uma negligência aos aspectos relevantes do paciente e do próprio ato cirúrgico, comprometendo, por exemplo, a lateralidade. Quando não há a participação dos anestesistas, pode resultar em negligência relacionada às alergias, incompatibilidade de tipagem sanguínea e acesso de vias aéreas difícil, por exemplo. Os exames de imagem não informados podem influenciar negativamente o ato cirúrgico propriamente dito e o ato anestésico.

A não realização da identificação do paciente pode resultar na troca do mesmo, podendo influenciar na realização de procedimentos diferentes, troca da lateralidade, assim como na troca de bolsas e/ou derivados sanguíneos, levando mais riscos ao paciente, inclusive ao óbito.

A dificuldade em ter mais de um profissional para a condução do *checklist* pode resultar em procedimentos que são realizados concomitantemente, e poderão comprometer o processo de segurança do paciente, aumentando as chances de ocorrência de eventos adversos graves.

A falta de treinamento e tempo para dedicação ao protocolo muitas vezes é justificada como mais uma função na prática diária cirúrgica, no entanto essa prática deve ser efetiva quanto ao preenchimento do documento que faz parte do histórico clínico do paciente.

A comunicação efetiva faz parte dos *Guidelines* da OMS, deve ser voluntária e negociada como uma ferramenta pela equipe multidisciplinar, pois essa atividade deve ser um indicativo da necessidade de implantar estratégias para assegurar a inserção efetiva, estabelecendo normas ou políticas promovidas pela direção e negociação, bem como o empoderamento das equipes cirúrgicas. Sabe-se que as práticas seguras são mais bem implantadas quando existem estruturas e sistemas de liderança voltados para esse objetivo.

Não foi possível através deste estudo identificar relações entre os eventos adversos nos pacientes cirúrgicos e a implementação das listas de checagem, embora seja encontrado na literatura que estes são elementos-chave para a redução dos eventos adversos (Roscani et al., 2015).

Apesar da criação, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Plano Nacional de Segurança do Paciente no ano de 2013 (Brasil, 2013), nota-se que ainda são poucas as publicações brasileiras em relação aos problemas decorrentes da não implementação de procedimentos claramente apresentados por governos e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse sentido, admite-se a necessidade de abordar questões que permanecem latentes e ainda com lacunas a serem preenchidas quando se trata da segurança do paciente em ambiente cirúrgico.

6. Considerações Finais

Identificou-se a existência de algumas limitações importantes na implementação do checklist de cirurgia segura, como a falta de treinamento da equipe, a ausência de recursos humanos e a comunicação ineficaz entre as equipes, que foram apontadas nos resultados dos artigos selecionados, verificando-se que ainda há muito o que ser melhorado para a garantia de cirurgias seguras nas organizações de saúde brasileiras, reforçado também pela constatação do negligenciamento em seu preenchimento.

Foi possível verificar a necessidade de estimular a equipe multidisciplinar sobre o correto preenchimento da lista de verificação e oferecer estrutura e treinamentos específicos, baseados na ciência do erro, podendo ser considerados ótimos apoios para efetividade na sua implementação. Assim como a criação de um Núcleo de Gestão de Qualidade ou de Gerenciamento de Riscos para apoiar a iniciativa do correto preenchimento pode ser uma estratégia possível e de fácil implantação.

Embora a literatura demonstre que o estudo dos eventos adversos são cada vez mais relevantes na atualidade, não foram identificadas relações entre a não realização do *checklist* e os mesmos. Talvez por não haver uma investigação mais minuciosa e aprofundada, ou ainda, pela subnotificação desses eventos nas organizações hospitalares.

O número reduzido de artigos, que foram selecionados após a aplicação dos critérios para alcançar o objetivo proposto, foi uma limitação deste estudo, o que pode ser alcançado através de pesquisas futuras abordando a implementação da lista de verificação em procedimentos cirúrgicos para o aumento da segurança do paciente.

A divulgação desses resultados trouxe contribuições importantes, com vistas à implementação de melhores práticas e redução de erros na população de pacientes cirúrgicos, possibilitando maior visibilidade de toda a equipe multiprofissional. A enfermagem, através

de profissionais assistenciais, educadores e gerentes de unidades, pode contribuir facilitando a adesão à lista de checagem juntamente com os demais membros das equipes.

Por fim concluiu-se que foram evidenciadas inúmeras dificuldades na implementação das listas de checagem para cirurgias seguras, atingindo-se o que foi proposto no objetivo desse estudo, permitindo e dando aos profissionais, subsídios para a proposição, inclusão e uso efetivo das listas de verificação em suas organizações de saúde.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2000). Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Neto, G.V. Caderno A – Epidemiologia para o Controle de Infecção Hospitalar. Disponível em: <http://www.hhao.com.br/cursoCCIH.pdf>

Amaya, M. R., Maziero, E. C. S., Grittem, L., & Cruz, E. D. A. (2015). Análise do registro e conteúdo de *Checklists* para cirurgia segura. *Escola Anna Nery*, 19(2), 246-251. Doi: 10.5935/1414-8145.20150032

Amaya, M. R., Paixão, D. P. S. S., Sarquis, L. M. M., & Cruz, E. D. A. (2016). Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(esp), e68778, 1-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>

Batista, D. B. dos S., Rocha, R. G., Gallasch, C. H., Branco, A. L. C., Broca, P. V., Oliveira, C. S. R., Lins, S. M. de S. B. (2020). Rastreamento de riscos e profilaxia de tromboembolismo venoso em unidades de internação: um estudo observacional. *Research Society and Development*, 9(7), e903974995, 1-21. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4995>

BRASIL. (2017). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 2a ed. Brasília – DF. 1-168. Recuperado de <http://portal.anvisa.gov.br/document/s/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>

Brasil. (2013). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília. 1-84. Recuperado de http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/criteriosdiagnosticosirasaude.pdf

Bressane, A. (2017, 20, Maio). A evolução da cirurgia ao longo da história. *Vale Jornal*. Recuperado de <http://valejornal.com.br/evolucao-cirurgia-longo-historia/>

Caramori, C. A. (2013). *Institucionalização da Pesquisa Clínica na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP*. Botucatu, SP.

Carvalho, R. L. R., Campos, C. C., Franco, L. M. C., Rocha, A. M., & Ercole, F. F. (2017). Incidência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias gerais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2848. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1502.2848>

Freitas, M. R., Antunes, A. G., Lopes, B. N. A., Fernandes, F. C., Monte, L. C., & Gama, Z. A. S. (2014). Avaliação da adesão do *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*, 30(1), 137-148. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184612>

Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Rossi, L. A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 690-695. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>

Gehres, A. R. D., Cremonese, L., & Schuh, L. X. (2020). Implementation and adhesion of the safe surgery checklist in hospital institutions: integrative review. *Research, Society and Development*, 9(8), e97985093, 1-15. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5093>

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., et al. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a

global population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. Doi: 10.1056/NEJMsa0810119

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2016). *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. (13a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. *Washington (DC) National Academy Press (EUA)*. Doi: 10.17226/9728

Manrique, B. T., Soler, L. M., Bonmati, A. N., Montesinos, M. J. L., & Rocha, F. P. (2015). Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 355-360. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500060>

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2009). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. p. 211. Recuperado de <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-cirurgias-seguras-salvam-vidas>

Paranaguá, T. T. B., Bezerra, A. L. Q., Camargo e Silva, A. E. B., & Filho, F. M. A. (2013). Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 256-262. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300009>

Praxedes, A. O., Arrais, L., Araújo, M. A. A., Silva, E. M. M., Gama, Z. A. S., & Freitas, M. R. (2017). Avaliação da adesão à lista de verificação de segurança no parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10): e00034516. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00034516>

Reis Júnior, A. (2006). O primeiro a utilizar anestesia em cirurgia não foi um dentista. Foi o médico Crawford Williamson Long. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(3), 304-324. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942006000300010>

Ribeiro, H. C. T. C., Quites, H. F. O., Bredes, A. C., Sousa, K. A. S., & Alves, M. (2017). Adesão ao preenchimento do *checklist* de segurança cirúrgica. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10): e00046216. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00046216>

Rocha, R. G., Carvalho, V. F., Santos, M. S., Tavares, J. M. A. B., Silva, G. C., Marta, C. B. (2019). O impacto do cuidado de enfermeiros na redução da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Saúde Coletiva*, 9(49), 1612-1616. Recuperado de <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/issue/archive>

Roscani, A. N. C. P., Ferraz, E. M., Filho, A. G. O., & Freitas, M. I. P. (2015). Validação de *checklist* cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 553-565. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500092>

Santana, C. A., & Oliveira, C. G. E. (2015). Assistência de enfermagem na prevenção de infecções de sítio cirúrgico: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, v.1, n.1, 76-88. Recuperado de <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/01/ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-NA-PREVENCAO-DE-INFECCOES-DE-SITIO-CIRURGICO-UMA-REVIS%C3%83O-INTEGRATIVA-DA-LITERATURA-REVISTA-ATUALIZA-SAUDE-N1-V1.pdf>

Santos, A. P. A., Camelo, S. H. H., Santos, F. C., Leal, L. A., & Silva, B. R. (2016). O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 474-481. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400014>

Silva, F. A. A., & Silva, A. G. N. (2017). Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 6(2), 23-29. Recuperado de <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5844/pdf>

SOBECC. *Diretrizes de práticas de enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde – SOBECC / SOBECC - Associação Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização*. (2017). (7a ed.). Barueri, São Paulo: Manole.

Vital, J. A. C. P., & Cruz, I. C. F. (2018). Diretrizes para a prática baseada em evidências sobre a intervenção de enfermagem cuidado com o local de incisão cirúrgica no pós operatório de cirurgia cardíaca em UTI- Revisão Sistematizada de Literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, 10(1). Recuperado de <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/rt/printerFriendly/2994/763>

WHO - World Health Organization. Meeting Report. Action on Patient Safety (High 5s) Planing Meeting (2006). Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/MeetingReport_29-30_Sept2006.pdf

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Ronilson Gonçalves Rocha – 30%

Deise Breder dos Santos Batista – 15%

Eric Rosa Pereira – 15%

Luana Ferreira de Almeida – 10%

Cintia Silva Fassarella – 10%

Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares – 10%

Priscilla Valladares Broca – 10%