

Adesão ao uso de um *checklist* cirúrgico para segurança do paciente

Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety

Adherencia al uso del checklist cirúrgico para seguridad del paciente



Eliane Cristina Sanches Maziero^a
Ana Elisa Bauer de Camargo Silva^b
Maria de Fátima Mantovani^c
Elaine Drehmer de Almeida Cruz^c

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adesão ao *checklist* do Programa Cirurgias Seguras em um hospital de ensino.

Métodos: Pesquisa avaliativa desenvolvida em hospital de ensino do sul do Brasil em 2012. A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante de 20 cirurgias ortopédicas de prótese de quadril e joelho e norteadas por instrumento elaborado para a pesquisa com base no *checklist* criado e utilizado pela instituição.

Resultados: Nos procedimentos observados (n=20) houve adesão significativa (p<0,05) em relação à verificação de documentação, jejum, tricotomia, ausência de esmalte e adornos, identificação do paciente e sítio operatório, disponibilidade de sangue e funcionalidade de materiais. Não houve adesão significativa à verificação da identificação do paciente, do procedimento e da lateralidade, da apresentação da equipe, da pausa cirúrgica e da contagem de materiais em sala operatória.

Conclusão: O estudo avaliou que a verificação dos itens do *checklist* se deu de forma não verbal e que não houve adesão significativa ao instrumento.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Procedimentos cirúrgicos operatórios. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

Objective: Evaluate adherence to the checklist of the Programa Cirurgias Seguras (safe surgery programme) at a teaching hospital.

Methods: Evaluative study conducted at a teaching hospital in the south of Brazil in 2012. Data were collected by means of non-participant observation in 20 hip and knee replacement surgeries and an instrument that was created for research based on the checklist and used by the institution.

Results: In the observed procedures (n = 20) there was significant adhesion (p<0.05) to the instrument in relation to the verification of documentation, fasting, hair removal in the surgical site, absence of nail varnish and accessories, identification of the patient and surgical site on admission to the surgical unit, availability of blood and functionality of materials. However, there was no significant adherence to the checklist in the operating room in relation to patient identification, procedure and laterality, team introduction, surgical break and materials count.

Conclusion: The results showed that the items on the checklist were verified nonverbally and there was no significant adherence to the instrument.

Keywords: Patient safety. Surgical procedures, operative. Program evaluation.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la adherencia al check list del Programa Cirugías Seguras en un hospital de enseñanza.

Métodos: Investigación evaluativa desarrollada en un hospital de enseñanza en el sur de Brasil en 2012. La recolección de datos fue realizada mediante la observación no participante de 20 cirugías ortopédicas de la prótesis de cadera y rodilla, realizada con un instrumento desarrollado para la investigación basado en lista de verificación creado y utilizado por la institución.

Resultados: Los procedimientos observados (n=20) hubo adherencia significativa (p<0,05) al instrumento en los aspectos de verificación de documentación, ayunas, tricotomía, ausencia de esmalte de uñas y adornos, identificación del paciente y sitio operatorio en la admisión en el centro quirúrgico, disponibilidad de sangre y funcionalidad de materiales. No hubo adherencia significativa a la verificación, en la sala de operaciones, de la identificación del paciente, procedimiento y lateralidad, presentación del equipo, pausa quirúrgica y al hecho de contar con materiales.

Conclusión: El estudio evaluó que la verificación de los items del check list se dio de forma no verbal y que no hubo adhesión significativa al instrumento.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Procedimientos quirúrgicos operativos. Evaluación de programas y proyectos de salud.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>

^a Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná (PR), Brasil.

^b Universidade Federal de Goiás (UFGO), Departamento de Enfermagem. Goiânia, Goiás (GO), Brasil.

^c Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Enfermagem. Curitiba, Paraná (PR), Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), inclui o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas que objetivou elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde estabelecendo práticas para cirurgia segura. O Programa apresentou uma lista de verificação, ou *checklist*, cujo objetivo é auxiliar na conferência de elementos essenciais relativos à segurança do paciente⁽¹⁾. Os elementos do referido instrumento foram avaliados entre 7.688 pacientes, sendo 3.733 antes de sua instituição e 3.955 após. Os resultados demonstraram que a ocorrência de grandes complicações e de mortes reduziu de 11 para 7% e de 1,5 para 0,8%, respectivamente⁽²⁾. Para auxiliar na implantação e uso do *checklist* a OMS lançou, em 2009, um manual com orientações específicas para o uso do instrumento⁽³⁾.

Este é considerado fundamental para tarefas de complexidade e repetição reconhecida, a exemplo das realizadas no ambiente do centro cirúrgico, como conferência de equipamentos e fármacos anestésicos, reserva de sangue, identificação do paciente, confirmação pela equipe e pelo paciente do tipo e local da cirurgia, além do *feedback* ao final do procedimento para constatação de possíveis falhas⁽⁴⁾.

No Brasil, em 2013, baseado nas recomendações da OMS, o governo brasileiro lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual preconiza ações para prevenção e redução da incidência de eventos adversos⁽⁵⁾.

Mediante a importância de ações que promovam a segurança do paciente, em 2010 foi criado um grupo de estudos em um hospital de ensino na Região Sul do Brasil, o qual contribuiu para a implantação do Programa Cirurgias Seguras e a instituição de *checklist*, como preconizado pela OMS, tendo a Ortopedia como especialidade piloto. Pesquisas nacionais e internacionais identificaram dificuldades na adesão ao uso do *checklist*.

Estudo realizado no Brasil demonstrou que os maiores problemas relacionados à adesão ao *checklist* estavam relacionados às etapas *antes da indução anestésica* e *antes da incisão cirúrgica*. Os autores concluíram que a finalidade e o preenchimento correto do *checklist* devem ser demonstrados durante o período de implantação⁽⁶⁾. Em cinco hospitais ingleses 40% da equipe estava ausente no momento da checagem e em mais de 70% dos casos não foi realizada a pausa ou checagem dos itens⁽⁷⁾. No mesmo país, em dez hospitais investigados, evidenciou-se grande dificuldade na adesão entre médicos seniores, refletindo negativamente no restante da equipe⁽⁸⁾.

Neste contexto, o objeto desta pesquisa é o Programa Cirurgia Segura em implantação na instituição e apresenta

a seguinte questão norteadora: Qual a adesão dos profissionais que compõem a equipe de cirurgia de prótese de quadril e joelho ao *checklist* utilizado no Programa Cirurgia Segura institucional?

Este estudo teve por objetivo avaliar a adesão ao *checklist* do Programa Cirurgias Seguras em um hospital de ensino e se justifica pela alta incidência mundial de eventos adversos em cirurgias potencialmente preveníveis. O uso de *checklist* contribui para lembrar instruções a serem seguidas pela equipe para a segurança do paciente⁽⁴⁾ contudo, a adesão a novos instrumentos de verificação constitui desafio por demandar sua incorporação na rotina assistencial. Considerando que a identificação de não conformidades em processos e procedimentos contribui para apontar situações de risco e planejar estratégias para a melhoria contínua dos processos de cuidado⁽⁵⁾, esta pesquisa coopera para aprimorar a assistência de enfermagem e médica, no contexto do cuidado ao paciente cirúrgico.

■ MÉTODO

Trata-se de pesquisa avaliativa a qual possibilita o julgamento e rendimento de uma intervenção, e cujos resultados podem contribuir para a tomada de decisão⁽⁹⁾. Nesta pesquisa a intervenção caracterizou-se como o *checklist* instituído pelo Programa Cirurgias Seguras no Centro Cirúrgico Central de um hospital de ensino da Região Sul do Brasil, e a avaliação foi direcionada à adesão ao referido instrumento pela equipe cirúrgica.

O Programa foi iniciado em 2011 na especialidade de Ortopedia, primeiramente como piloto. A instituição optou pela utilização de um *checklist* próprio, o qual foi elaborado e tem sua aplicação baseada no modelo preconizado pela OMS. O *checklist* institucional é composto por quatro etapas: recepção do paciente, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente deixar a sala operatória.

A amostra foi composta por 20 procedimentos cirúrgicos de prótese de quadril e joelho, nos quais foram observados 22 profissionais. Justifica-se a escolha dessas cirurgias para esta pesquisa por sua complexidade e porte, e por apresentarem lateralidade e, desse modo, representar maior risco de eventos adversos, além de pertencerem à especialidade pioneira na implantação do Programa Cirurgias Seguras na instituição do estudo. A verificação e o preenchimento de todos os itens que compõem o *checklist* nas quatro etapas de sua aplicação, de acordo com o modelo utilizado, foram considerados variáveis do estudo.

Para o cálculo da amostra (n), foram considerados o tamanho da população (N), a proporção esperada de pre-

enchimento do *checklist* (p), a margem de erro (E) e o nível de confiança (z), utilizando-se a fórmula de amostra para proporções⁽¹⁰⁾:

$$n = \frac{Np(1-p)z^2}{p(1-p)z^2 + (N-1)E^2}$$

Aplicando-se a fórmula aqui apresentada, o tamanho da amostra estabelecida para esta pesquisa foi de 20 procedimentos cirúrgicos, considerando-se que o tamanho da população foi de 70 cirurgias eletivas (N) previstas para o período de coleta de dados; a proporção esperada de preenchimento do *checklist* (p) de 4%, com base nos resultados de teste piloto previamente realizado. A margem de erro foi de 0,05 (E) e o nível de confiança de 80% ($z=1,28$).

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a maio de 2012. O convite aos participantes se deu no centro cirúrgico, previamente à coleta dos dados, com assinatura, após esclarecimentos, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram critérios de inclusão: cirurgia de prótese de joelho ou quadril realizada no período estabelecido para a coleta de dados.

A observação não participante⁽¹¹⁾ utilizada para a coleta de dados, foi realizada de forma direta pelo pesquisador, desde o transporte do paciente da unidade de internação, o qual é realizado pela equipe do centro cirúrgico, até sua saída da sala operatória. Utilizou-se um roteiro para observação não participativa, construído para o estudo e com base no *checklist* institucional, de modo a permitir que o pesquisador registrasse a partir do observado o uso do instrumento, a realização e o momento da verificação de cada item das quatro etapas do *checklist*; o profissional que a realizou e de que forma se deu sua verificação (verbal ou não verbal) e seu registro.

Os dados alimentaram uma tabela Excel e, posteriormente, foram organizados e processados no programa Epi-Data, versão 3.1, sendo analisados com auxílio de estatística descritiva, utilizando-se o Programa R, versão 2011⁽¹²⁾. A significância estatística da adesão foi testada a partir do preenchimento dos itens do *checklist* utilizando-se o teste denominado Uniformemente Mais Poderoso (UMP), o qual é indicado para a análise de variáveis do tipo binomial (sim/não)⁽¹³⁾. No caso desta pesquisa, preenchimento (sim) ou não preenchimento (não) de cada item do *checklist*. Como hipótese nula do teste levou-se em conta uma proporção de preenchimento de 50% ou menos, e como hipótese alternativa o preenchimento acima de 50% do respectivo item nas cirurgias observadas. Considerou-se evidência suficiente de que houve adesão a um determinado elemento do *checklist* quando o valor de p do teste estatístico foi $<0,05$ ($<5\%$). Os itens foram repetidos nas 20 cirurgias e,

quando existiram 14 (70%) ou mais verificações, esse item foi considerado com adesão estatisticamente significativa.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob Protocolo CEP/SD 1102.027.11.04.

Artigo extraído da dissertação de mestrado: "Avaliação da Implantação do Programa Cirurgia Segura em um Hospital de Ensino"⁽¹⁴⁾.

■ RESULTADOS

O *checklist* foi utilizado nas 20 cirurgias observadas. Em relação ao preenchimento, forma e momento, os resultados estão apresentados e organizados em quatro etapas; os dados relativos à primeira etapa estão apresentados na tabela 1.

Os resultados da observação da segunda etapa do *checklist*, antes da indução anestésica, estão apresentados na tabela 2.

A recomendação para que todos os profissionais se apresentassem ao paciente não foi observada integralmente e se deu da seguinte forma: em 100% ($n=20$) dos procedimentos, o anesthesiologista se apresentou ao paciente; em 15% ($n=3$), o residente de Anestesiologia o fez; em 35% ($n=7$) o técnico em Enfermagem se apresentou; e em 5% ($n=1$) o enfermeiro o fez. O cirurgião, o residente em cirurgia e o instrumentador não se apresentaram ao paciente em nenhum procedimento.

A terceira etapa do *checklist*, antes da incisão cirúrgica, também denominada pausa cirúrgica ou *time out*, deve ser aplicada imediatamente antes do início da cirurgia. Nela, os profissionais interrompem as atividades para confirmar os itens de verificação, com a participação de todos. Em nenhum procedimento foi realizada a pausa cirúrgica propriamente dita, com interrupção das atividades; em 45% ($n=9$) dos procedimentos os itens foram checados após a incisão cirúrgica; em 20% ($n=4$), o anesthesiologista checou todos os itens, mesmo estes não sendo confirmados verbalmente; e em 20% ($n=4$) dos procedimentos, o técnico em Enfermagem realizou a checagem, sem confirmação verbal dos outros profissionais. A tabela 3 apresenta os demais resultados da observação.

Na quarta etapa do *checklist*, antes do paciente sair da sala cirúrgica, observou-se que em todas as cirurgias foi realizada a checagem dos documentos (ficha de anestesia, de descrição do procedimento, saída de sala e de órteses e próteses), a requisição para anatomopatológicos e registradas as recomendações especiais para recuperação pós-operatória. Porém, a verificação não se deu verbal-

Tabela 1 – Adesão ao uso do *checklist* de segurança cirúrgica na primeira etapa de verificação– recepção do paciente(n=20). Curitiba, PR, 2012

Variáveis observadas	Verificação verbal na unidade de origem n(%)	Verificação verbal na recepção do centro cirúrgico n(%)	Verificação não verbal na recepção do centro cirúrgico n(%)	Não verificado na recepção do centro cirúrgico e registrado n(%)
Pulseira de identificação	17(85)*	-	20(100)*	-
Prontuário	18(90)*	-	20(100)*	-
Exames de imagens	18(90)*	-	20(100)*	-
Avaliação pré-anestésica	18(90)*	-	19(95)*	1(5)
Consentimento cirúrgico	18(90)*	-	20(100)*	-
Consentimento anestésico	18(90)*	-	20(100)*	-
Avaliação de enfermagem	18(90)*	-	20(100)*	-
Sítio cirúrgico marcado	18(90)*	9(45)	-	1(5)
Tricotomia	18(90)*	-	-	2(10)
Jejum	18(90)*	9(45)	-	-
Sem adornos e pertences	18(90)*	-	-	2(10)
Sem esmalte	18(90)*	-	-	2(10)
Sem próteses	18(90)*	-	-	2(10)

*p<0,05

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Tabela 2 – Adesão ao uso do *checklist* de segurança cirúrgica na segunda etapa de verificação– antes da indução anestésica(n= 20). Curitiba, PR, 2012

Variáveis observadas	Verificação verbal n (%)	Verificação não verbal n (%)	Não verificado e registrado n (%)	Não verificado e não registrado n (%)
Identidade do paciente	10(50)	9(45)	1(5)	-
Paciente confirma local da cirurgia	10(50)	9(45)	1(5)	-
Paciente confirma cirurgia	10(50)	9(45)	1(5)	-
Paciente apresentado à equipe	-	-	20(100)*	-
Reserva de sangue	1(5)	18(90)*	1(5)	-
Sítio operatório marcado e confirmado	2(10)	18(90)*	-	-
Equipamento anestésico testado	-	20(100)*	-	-
Material para ressuscitação disponível	-	18(90)*	1(5)	1(5)
Verificado alergia	1(5)	19(95)*	-	-
Material para via aérea difícil	-	20(100)*	-	-
Instrumentais, órteses e próteses	-	20(100)*	-	-
Material para anestesia	-	20(100)*	-	-
Esterilização válida dos materiais	-	20(100)*	-	-
Aspirador funcionando	1(5)	19(95)*	-	-
Sistema de aquecimento	-	20(100)*	-	-

*p<0,05

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Tabela 3 – Adesão ao uso do *checklist* de segurança cirúrgica na terceira etapa de verificação– pausa cirúrgica (n= 20). Curitiba, PR, 2012

Variáveis observadas	Verificação verbal n(%)	Verificação não verbal n(%)
Identificação do paciente	-	20(100)*
Sítio cirúrgico marcado	1(5)	19(95)*
Procedimento confirmado	2(10)	18(90)*
Antibioticoprofilaxia realizada	-	20(100)*
Placa neutra conectada	-	20(100)*
Eletrocautério funcionante	1(5)	19(95)*
Risco por posicionamento	-	20(100)*

*p<0,05

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

mente. Nos itens relativos à conferência de contagem de instrumentais, agulhas, compressas e gazes, observou-se a não adesão. Em 15% (n=3) dos procedimentos não houve contagem do instrumental no momento da abertura das caixas, 15% (n=3) as compressas não foram contadas na abertura dos pacotes, e em 100% (n=20) não houve a contagem de gazes, compressas e agulhas ao final do procedimento. Porém, os itens correspondentes no *checklist* foram registrados como se a verificação tivesse sido realizada.

Nos procedimentos em que houve a contagem, em 80% (n=16) esta foi finalizada quando o paciente já não estava mais na sala, porém foi checado como tal. Em 40% (n=8), houve confirmação verbal do quantitativo de instrumental cirúrgico pertencente ao hospital. No entanto, nas cirurgias de prótese de quadril e joelho, nas quais são utilizados instrumentais pertencentes ao cirurgião, estes não foram conferidos antes e nem após os procedimentos.

■ DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram o interesse da equipe em implantar o Programa Cirurgias Seguras, mas pontos importantes, como apresentação da equipe ao paciente, pausa cirúrgica e contagem do material, não foram realizados, embora os participantes tivessem ciência de estarem sendo observados. Salienta-se também que nesta pesquisa, na maioria das vezes, os itens não foram confirmados verbalmente como preconizado pela OMS e, frequentemente, foram registrados sem verificação.

Em um estudo espanhol observou-se o uso do *checklist* em 80% dos procedimentos cirúrgicos, porém a anotação de itens não confirmados evidenciou problemas relacionados à fidedignidade dos registros⁽¹⁵⁾. Além disso, o preen-

chimento sem a verificação incorre em aspectos legais e éticos implicados a todos os profissionais da equipe cirúrgica. Salienta-se que situações que colocam em risco a segurança do paciente originaram os objetivos apresentados pela OMS e subsidiaram a construção do *checklist*⁽¹⁶⁾. Desse modo, seus itens refletem elementos importantes para a segurança e, ao não serem verificados, o paciente é colocado em risco de sofrer eventos adversos.

O instrumento preconizado pela OMS é relevante pelo fato de que, em ambientes complexos, como o centro cirúrgico, os profissionais enfrentam a falibilidade da memória e da atenção humana, sobretudo em questões rotineiras, as quais são frequentemente negligenciadas. O *checklist* reforça a lembrança de tarefas mínimas necessárias, tornando-as explícitas e oferecendo não só a oportunidade de verificação de itens, mas o incentivo e o reforço à disciplina de alto desempenho⁽¹⁶⁾. Antes mesmo das recomendações da OMS serem publicadas, a *Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations* preconizava, no Protocolo Universal, a verificação pré-operatória, na qual deve estar assegurada, entre outros, a disponibilidade de toda a documentação necessária para o início do procedimento⁽¹⁷⁾.

Na primeira etapa do *checklist* houve adesão estatisticamente significativa à sua aplicação no andar de origem do paciente, garantido que esse fosse transportado ao centro cirúrgico em condições necessárias à cirurgia e com completa documentação. No entanto, o instrumento em uso coloca como título, na coluna relativa a essa etapa, "Recepção no Centro Cirúrgico" e, desse modo, pressupõe-se que os itens devam ser novamente checados no momento da admissão do paciente na referida recepção. Salienta-se que, na rotina do hospital em estudo, cabia ao profissional de Enfermagem do centro cirúrgico o transporte do pa-

ciente. Assim, podem ser feitas alterações no instrumento ou na rotina de verificação dos itens relativos a essa etapa.

Na etapa de verificação realizada na sala operatória, com o paciente presente e antes da indução anestésica, houve a checagem dos itens, porém ela não foi realizada verbalmente e nem com adesão de toda a equipe, como preconizado por pesquisadores membros do grupo de estudos sobre Segurança do Paciente da OMS⁽⁴⁾. A confirmação verbal concretiza a comunicação, ou seja, sinaliza que os presentes concordam com os itens checados e, assim, responsabilizam-se, como grupo, pela segurança do paciente.

A terceira etapa do *checklist* deve ser verificada antes da incisão cirúrgica e também compreende a confirmação verbal, por todos os membros da equipe, dos itens elencados na coluna correspondente, apresentados na tabela 3. Consiste em etapa na qual a comunicação verbal é relevante frente à criticidade do momento imediato, antes da incisão cirúrgica. Porém, os resultados deste estudo demonstraram que em nenhum dos 20 procedimentos observados, foi realizada a pausa cirúrgica com a confirmação verbal, embora os itens tenham sido verificados individualmente e checados. Em pesquisa realizada durante o teste piloto da OMS, alguns obstáculos foram apontados para a não realização da pausa cirúrgica, tais como: quantitativo insuficiente de enfermeiros; timidez dos estudantes de Medicina em parar o procedimento e realizar a checagem dos itens; e dificuldades sociais⁽¹⁶⁾.

A *Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations* estabelece que a pausa cirúrgica deva ser realizada com a checagem verbal de toda a equipe, e que tem por objetivo avaliar e assegurar que o paciente, o local e o procedimento estejam corretos, além de garantir que todos os documentos, equipamentos e informações estejam acessíveis⁽¹⁷⁾. Desse modo, conhecer os motivos de sua não realização pode contribuir para promover maior adesão a esse item, considerando que problemas na comunicação são barreiras para a adesão a programas de segurança e aplicação de *checklist*, bem como contribuem para a ocorrência de eventos adversos relacionados a procedimentos⁽¹⁸⁾.

Em estudo que analisou as respostas de 502 cirurgiões ortopédicos a um questionário sobre o Protocolo Cirurgia Segura, 40,8% ressaltou já ter presenciado cirurgia em paciente ou local e errado, e 25,6% desses consideraram que a falta de comunicação contribuiu para o erro⁽¹⁹⁾. Ressalta-se, assim, a importância da confirmação verbal como estratégia de prevenção do erro, além de representar o compromisso dos profissionais, presentes na sala cirúrgica, de que a cirurgia pode ser iniciada com segurança em relação aos itens verificados.

A quarta etapa do *checklist* deve ser realizada antes que o paciente deixe a sala cirúrgica. Nessa etapa, observou-se adesão à verificação dos itens relativos à documentação, porém a contagem de gases, compressas, agulhas e instrumental cirúrgico não foi realizada. Ressalta-se que essa medida visa detectar precocemente, enquanto o paciente ainda está em sala operatória, a retenção de corpos estranhos na cavidade cirúrgica. Pesquisa realizada entre 2003 e 2006 observou 68 relatos de casos de retenção de objetos em pacientes. Destes, 34 foram considerados quase acidentes (*near miss*), onde o problema foi detectado antes do término da cirurgia. Nos outros 34 houve retenção de 23 compressas ou gases (68%), 3 agulhas (9%), 7 materiais diversos (20%) e um instrumento cirúrgico (3%); como desfecho, 22 pacientes necessitaram reintervenção cirúrgica, o que destaca a importância da verificação⁽²⁰⁾.

Estudo semelhante demonstrou menor adesão à última etapa do *checklist*, quando comparada às anteriores⁽¹⁵⁾. O cansaço da equipe e o fato de o cirurgião responsável já não estar mais presente na sala cirúrgica foram alguns dos fatores associados⁽¹⁵⁾ reforçando a ideia de que a ausência de alguns profissionais antes do término do preenchimento desse instrumento dificulta sua finalização⁽¹⁹⁾.

Por fim, salienta-se que estudos sugerem, como estratégias para evitar problemas relativos à aplicação do *checklist* e à falta de comprometimento da equipe cirúrgica, ações educativas e direcionadas a quebrar paradigmas, como a hierarquia do cirurgião, além de melhorias no sistema de comunicação e a mudança cultural⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Considerando a fase de implantação do uso do *checklist* no hospital da pesquisa, os resultados podem subsidiar o planejamento de estratégias que contribuam para a continuidade e aprimoramento do Programa Cirurgias Seguras na instituição.

■ CONCLUSÃO

Conclui-se que embora o *checklist* tenha sido empregado em todas as cirurgias, não houve adesão significativa ao instrumento e verificação verbal. Quando ocorreu a verificação, esta se deu, predominantemente, de forma individual e não verbal. A técnica de coleta de dados, por meio da observação não participativa e após anuência dos participantes, pode ser apontada como uma limitação da pesquisa; contudo, também constituiu uma estratégia para auditar o cumprimento do protocolo institucional.

Considerando que a equipe de enfermagem participa do procedimento cirúrgico em suas diversas etapas, o *checklist* constitui relevante documento de registro de ações indispensáveis à segurança. Deste modo, esta pesquisa informa que este documento legal, ao ser usado de forma

incorreta e incompleta, pode ser fonte de comprovação do cuidado de qualidade assim como do descuido de membros da equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe cirúrgica.

Partindo-se do princípio que a adesão com verificação verbal dos itens do *checklist* é importante estratégia para a segurança, os resultados sugerem potenciais e diversos riscos ao paciente cirúrgico. Deste modo, esta pesquisa contribui para o planejamento de ações administrativas e educativas com vistas à implantação integral do programa na instituição, assim como para a reflexão e o debate sobre comunicação e aspectos éticos da assistência em saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas [Internet]. Brasília: OPAS, Anvisa, Ministério da Saúde; 2009 [citado 2014 set. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 [citado 2012 dez. 18];360(5):491-9. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs0810119>
3. World Health Organization. Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009: safe surgery saves life [Internet]. Geneva; 2009 [citado 2015 mai. 02]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng.pdf
4. Fragata JIG. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Rev Port Saúde Pública*. 2010 [citado 2014 ago. 20];Vol Temat(10):17-26. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/erros-e-acidentes-no-bloco-operatorio-revisao-do-13189855>
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) [Internet]. Brasília; c2013 [citado 2014 ago. 20]. Saúde e Anvisa lançam ações para a segurança do paciente; [aprox. 5 telas]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2013+noticias/ministerio+da+saude+e+anvisa+lancam+acoes+para+seguranca+do+paciente>
6. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014 [citado 2015 abr. 18];30(1):137-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>
7. Russ S, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Mayer E, et al. Measuring variation in use of the WHO surgical safety checklist in the operating room: a multicenter prospective cross-sectional study. *J Am Coll Surg*. 2015 [citado 2015 abr. 20];220(1):1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.09.021>
8. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England: lessons from the "Surgical Checklist Implementation Project". *Ann Surg*. 2015 [cited 2015 April 20];261(1):81-91. Available at: <http://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/SurgicalSafetyChecklist.pdf>
9. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997 [citado 2015 jun. 05]. p. 29-47. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zctf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>
10. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.
11. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
12. R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R. Foundation for Statistical Computing; 2011 [citado 2012 out. 08]. Disponível em: <https://www.r-project.org/>
13. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 8. ed. São Paulo: Saraiva; 2013.
14. Maziero ECS. Avaliação do Programa Cirurgia Segura em um hospital de ensino [dissertação]. Curitiba (PR): Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2012.
15. Soria-Aledo V, Silva ZA, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrillo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del checklist em los quirófanos de cirugía. *Cir Esp*. 2012 [citado 2014 ago. 20];90(3):180-5. Disponível em: <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Soria-Aledo%20et%20al.%202012.pdf>
16. Gawande A. Checklist: como fazer as coisas bem feitas. Rio de Janeiro: Sextante; 2011.
17. Joint Commission Resources (US). Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008.
18. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*. 2012 [citado 2013 abr. 20];21(3):191-7. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/3/191.full.pdf+html>
19. Motta Filho GR, Silva LFN, Ferracini AM, Bähr GL. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Rev Bras Ortop*. 2013 [citado 2015 jan. 12];48(6):554-62. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010236161300146X>
20. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2008 [citado 2015 jan. 10];207(1):80-7. Disponível em: <http://www.journalacs.org/article/S1072-7515%2808%2900069-0/abstract>

■ Endereço do autor:

Eliane Cristina Sanches Maziero
Rua Santa Ana, 53, Jardim Fátima
83405-070 Colombo – PR
E-mail: elicris_maziero@yahoo.com.br

Recebido: 22.02.2015

Aprovado: 12.08.2015