

Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem



Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective

Lista de verificación de seguridad quirúrgica: beneficios, facilitadores y barreras en la perspectiva de la enfermería

Maria Fernanda do Prado Tostes^a
Cristina Maria Galvão^b

Como citar este artigo:

Tostes MFP, Galvão CM. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180180. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>.

RESUMO

Objetivo: Identificar os benefícios, facilitadores e barreiras na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuavam no centro cirúrgico de hospitais.

Método: Estudo transversal, com 91 enfermeiros em 25 hospitais de dois municípios do Paraná. Na coleta dos dados, entre 2015 e 2016, utilizou-se dois instrumentos estruturados. Para a análise, utilizou-se o teste exato de Fisher ou Qui-Quadrado.

Resultados: A implementação do checklist acarretou benefícios para o paciente, equipe cirúrgica e hospitais. Sobre os facilitadores, os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos itens oferta de educação ($p=0,006$) e aceitação pelos cirurgiões ($p=0,029$). E, nas barreiras, para a falta de apoio administrativo ($p=0,006$) e chefias ($p=0,041$), ausência do núcleo de segurança do paciente ($p=0,005$), lista introduzida abruptamente ($p=0,001$) e ausência de educação ($p<0,001$).

Conclusão: As evidências geradas possibilitaram identificar os benefícios, facilitadores e barreiras na implementação do checklist no contexto nacional.

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

ABSTRACT

Objective: To identify the benefits, facilitators and barriers in the implementation of the surgical safety checklist, according to the reports of nurses working in the hospital surgical center.

Method: Cross-sectional study with 91 nurses in 25 hospitals in two municipalities of Paraná. Between the years 2015 and 2016, two structured instruments were used to collect data. For the analysis, Fisher's exact or Chi-Square test was used.

Results: The implementation of the checklist brought benefits to the patient, surgical team and hospitals. Regarding the facilitators, the results presented a statistically significant difference between the groups in the items offering education ($p=0.006$) and acceptance by surgeons ($p=0.029$). In the barriers, the lack of administrative ($p=0.006$) and management ($p=0.041$) support, absence of the patient safety nucleus ($p=0.005$), abruptly introduced list ($p=0.001$) and absence of education ($p<0.001$).

Conclusion: The evidence generated allowed to identify the benefits, facilitators and barriers in the implementation of the checklist in the national context.

Keywords: Perioperative nursing. Checklist. Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los beneficios, los facilitadores y las barreras en la implementación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica, según el relato de enfermeros que actuaban en el centro quirúrgico de hospitales.

Método: Estudio transversal, con 91 enfermeros en 25 hospitales de dos municipios de Paraná, Brasil. En la recolección de los datos, entre 2015 y 2016, se utilizaron dos instrumentos estructurados. Para el análisis, se utilizó la prueba exacta de Fisher o Qui-Cuadrado.

Resultados: La implementación del checklist acarrió beneficios para el paciente, el equipo quirúrgico y los hospitales. En los facilitadores, los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en los ítems oferta de educación ($p=0,006$) y la aceptación por los cirujanos ($p=0,029$); y, en los obstáculos, para la falta de apoyo administrativo ($p=0,006$) y jefaturas ($p=0,041$), ausencia del núcleo de seguridad del paciente ($p=0,005$), lista introducida abruptamente ($p=0,001$) y ausencia de educación ($p<0,001$).

Conclusión: Las evidencias generadas permiten identificar los beneficios, facilitadores y obstáculos en la implementación del checklist en el contexto nacional.

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

^a Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Campus de Paranavai, Colegiado de Enfermagem. Paranavai, Paraná, Brasil.

^b Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e teve origem no programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, o qual preconiza quatro pilares para a assistência cirúrgica segura, a saber: prevenção de infecção de sítio cirúrgico, segurança em anestesia, melhoria do trabalho em equipe e comunicação, e mensuração do cuidado por meio de indicadores de processos e resultados da assistência cirúrgica. Esses padrões de segurança foram convertidos em itens a serem operacionalizados por meio do uso do *checklist* em sala cirúrgica⁽¹⁾.

A fim de endossar a iniciativa global da OMS, o Brasil, em 2013, por meio da Portaria nº 1.377 do Ministério da Saúde lançou o protocolo da Cirurgia Segura a ser implementado pelos serviços de saúde como parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽²⁾.

A partir da divulgação da LVSC, encontram-se iniciativas para a sua implementação nos serviços de saúde ao redor do mundo, sendo que há evidências sobre os efeitos benéficos para o paciente, tais como: a diminuição significativa de complicações cirúrgicas e mortalidade⁽³⁾; melhoria da comunicação e trabalho em equipe⁽⁴⁾, otimização do processo de trabalho, melhoria da qualidade e redução de custos⁽⁵⁻⁶⁾. Contudo, as barreiras impostas à implementação da lista podem comprometer sua efetividade na prática clínica⁽⁶⁻⁷⁾.

Assim, existe a necessidade de conhecimento dos fatores críticos envolvidos no processo de implementação e os fatores interferentes para a efetiva utilização da lista⁽⁶⁻⁷⁾, pois o reconhecimento deles pode subsidiar o emprego de estratégias mais adequadas, tanto para o processo de implementação, quanto para o uso diário do *checklist* nos serviços de saúde⁽¹⁾.

No cenário nacional, dentre as pesquisas conduzidas que investigaram a implementação da LVSC, destaca-se estudo sobre o impacto da LVSC na morbimortalidade dos pacientes. Nesse, os resultados evidenciaram que a frequência de mortalidade e complicações cirúrgicas, a exemplo de para infecção de sítio cirúrgico, retorno não planejado ao centro cirúrgico, deiscência da ferida, parada cardíaca, intubação não planejada, uso de ventilação mecânica por 48 horas ou mais, pneumonia, sepse, retenção urinária foram consideradas baixas em ambas as fases (antes da introdução da lista e depois da sua implementação⁽⁸⁾). Em relação à opinião da equipe multidisciplinar sobre benefícios da lista, a sua utilização proporcionou mais segurança no procedimento anestésico cirúrgico. Entretanto, os profissionais de saúde não perceberam mudanças na comunicação interpessoal⁽⁹⁾.

Portanto, considerando a recomendação da OMS para utilização da LVSC para a melhoria da segurança cirúrgica, a escassez de estudos relativos à experiência brasileira na implementação dessa ferramenta, o presente estudo foi conduzido por meio da seguinte questão norteadora: Quais os benefícios, facilitadores e barreiras da implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais? A fim de responder essa questão, estabeleceu-se como objetivo identificar os benefícios, facilitadores e barreiras na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuavam no centro cirúrgico de hospitais.

■ MÉTODO

Estudo transversal conduzido em 25 instituições hospitalares inscritas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, localizadas em duas principais cidades que compõem a mesorregião do Norte Central Paranaense, ou seja, Londrina (n=16) e Maringá (n=9). Em relação às características dos hospitais participantes, na cidade de Londrina, participaram 16 hospitais classificados como geral, três especializados e um hospital-dia. Na cidade de Maringá, nove hospitais sendo seis gerais, dois especializados e um hospital-dia. Naquelas que implementaram a LVSC (n=16), sendo 11 em Londrina e cinco em Maringá, o número de leitos variou entre dez e 397. Naqueles que não haviam implementado (n=9), cinco em Londrina e quatro em Maringá, o número variou entre três e 130 leitos. No Centro Cirúrgico (CC), o número de salas cirúrgicas variou entre duas e 12 salas nos hospitais que usavam a lista. Nos demais, o número variou entre uma e cinco salas. Em relação ao número de cirurgias realizadas anualmente, nos hospitais que implementaram a LVSC o número variou entre 1.200 e máximo de 18.000 cirurgias. Nos demais hospitais variou entre 190 e máximo de 4.000 cirurgias.

Salienta-se que esse estudo é resultado da tese intitulada “Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde” apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo⁽¹⁰⁾.

A população-alvo foram os enfermeiros de ambos os sexos, com atuação no centro cirúrgico das instituições hospitalares selecionadas, a saber: enfermeiro coordenador/chefe da referida unidade ou enfermeiro assistencial/encarregado do setor. Os enfermeiros coordenadores/diretores do hospital ou de outras unidades que não atuavam exclusivamente no centro cirúrgico foram excluídos, bem

como os profissionais que estivessem de licença ou cobrindo folga ou férias na unidade.

Assim, a população-alvo era de 96 enfermeiros atuantes em centro cirúrgico nos hospitais de Londrina (n=63) e Maringá (n=33). Após a aplicação dos critérios de seleção, cinco enfermeiros foram excluídos, sendo três de Maringá e dois de Londrina, pois estavam de licença. Diante disso, a amostra do estudo foi composta de 91 enfermeiros (Maringá, n=30 e Londrina, n=61). A escolha desse público-alvo se deu em decorrência de ser essa a categoria profissional mais habitualmente envolvida na implementação de protocolos destinados a melhorar a prática clínica em serviços de saúde na realidade brasileira. Além disso, os enfermeiros, como responsáveis pelo CC e, considerando as suas atribuições profissionais, realizam a supervisão das práticas que envolvem a equipe multiprofissional e, portanto, poderiam ser os profissionais participantes que poderiam contribuir expressivamente com a investigação do objeto desse estudo.

Para a coleta de dados, dois instrumentos foram elaborados pelos pesquisadores (um direcionado para os enfermeiros que atuavam em hospitais onde a LVSC foi implementada, e o outro para os enfermeiros que trabalhavam em instituições onde o *checklist* não foi implementado). Os instrumentos foram submetidos à validade de face e de conteúdo, por três juízes convidados com atividades de ensino e/ou pesquisa na enfermagem perioperatória. Os instrumentos são subdivididos em duas seções, a primeira composta por dados de caracterização dos enfermeiros, hospital e centro cirúrgico, e a segunda contém dados sobre os benefícios, facilitadores e barreiras na implementação da LVSC.

A coleta de dados ocorreu pelo próprio pesquisador, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Havia três opções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados, a saber: a) entrega do instrumento impresso e preenchimento no momento da reunião/visita; b) entrega do instrumento impresso e agendamento de data para devolução (prazo de sete dias com retorno do pesquisador ao hospital); c) envio do instrumento de coleta de dados para o *e-mail* do participante com devolução presencial (prazo de devolução de sete dias desde a data do envio).

O período da coleta de dados foi de dezembro de 2015 até maio de 2016. Os dados foram armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*, com o emprego de técnica de dupla digitação. Para a análise dos dados utilizou-se o *software Statistical Package Social Sciences (SPSS)* versão 19.0. As variáveis qualitativas (benefícios, facilitadores e barreiras) investigadas foram descritas por meio das frequências

absoluta (nº) e relativa (%). O teste exato de Fisher ou Qui-Quadrado foi adotado com nível de significância $\alpha=0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sendo o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 48347115.9.0000.5393 e parecer de aprovação nº 164/2015.

■ RESULTADOS

Dos 91 enfermeiros, a maioria era do sexo feminino (85; 93,4%), com predomínio do estado civil casado (40; 43,9%). A média de idade e do tempo de atuação no CC foram 35,3 anos e 5,7 anos, respectivamente.

A maioria dos enfermeiros (77; 84,6%) atuava em instituições hospitalares, nas quais a LVSC (grupo 1) foi implementada e com uso na prática, e 14 (15,4%) profissionais trabalhavam em hospitais onde o *checklist* não havia sido implementado (grupo 2).

No grupo 1, a promoção da segurança, o uso da lista como oportunidade de diálogo, com socialização de informações relevantes e melhoria da qualidade do cuidado foram os itens com percentuais maiores sobre os benefícios da LVSC para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde, respectivamente. No grupo 2, com relação aos benefícios para o paciente, dois itens apresentaram o mesmo percentual, a saber: promoção da segurança e prevenção de eventos adversos. Com relação aos benefícios para a equipe cirúrgica, também dois itens apresentaram o mesmo percentual (melhoria da comunicação e o uso da lista como oportunidade de diálogo, com socialização de informações relevantes). A melhoria da qualidade do cuidado foi o item com percentual maior sobre os benefícios da LVSC para o serviço de saúde, conforme apresentado na Tabela 1.

No grupo 1, com relação aos facilitadores para a implementação da LVSC, o apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem (organizacional), monitoramento da prática de uso (processo de implementação) e aceitação pela equipe de enfermagem (equipe cirúrgica) foram os itens com percentuais maiores. No grupo 2, os itens com percentuais maiores foram o apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem (organizacional), a oferta de programa educacional para a equipe cirúrgica (processo de implementação) e a liderança presente no CC para estimular o uso da LVSC (equipe cirúrgica), conforme apresentado na Tabela 2. Os resultados evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos itens oferta de programa educacional ($p=0,006$) e aceitação pelos cirurgiões ($p=0,029$) (tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização dos benefícios da lista de verificação de segurança cirúrgica segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		P
	N=77	%	N=14	%	
Benefícios para o paciente					
Promoção da segurança					0,493*
Sim	74	96,1	13	92,9	
Não	03	3,9	01	7,1	
Incremento da confiança do paciente na assistência					1,000**
Sim	50	64,9	9	64,3	
Não	27	35,1	05	35,7	
Redução da ansiedade e medo em relação à cirurgia					0,567**
Sim	29	37,7	07	50,0	
Não	48	62,3	07	50,0	
Prevenção de eventos adversos					0,683*
Sim	66	85,7	13	92,9	
Não	11	14,3	01	7,1	
Benefícios para a equipe cirúrgica					
Melhoria da comunicação					0,726*
Sim	59	76,6	12	85,7	
Não	18	23,4	02	14,3	
Oportunidade de diálogo com socialização de informações relevantes					1,000*
Sim	64	83,1	12	85,7	
Não	13	16,9	02	14,3	
Melhoria do trabalho em equipe					1,000*
Sim	59	76,6	11	78,6	
Não	18	23,4	03	21,4	
Benefícios para o centro cirúrgico e/ou hospital					
Melhoria da qualidade do cuidado					0,292*
Sim	72	93,5	12	85,7	
Não	05	6,5	02	14,3	
Incremento da eficiência na sala cirúrgica					0,543*
Sim	53	68,8	11	78,6	
Não	24	31,2	03	21,4	
Melhoria da cultura de segurança no centro cirúrgico					0,334**
Sim	57	74,0	08	57,1	
Não	20	26,0	06	42,9	
Redução de custos hospitalares pela prevenção de eventos adversos					1,000**
Sim	49	63,6	09	64,3	
Não	28	36,4	05	35,7	

Redução de custos hospitalares devido otimização da eficiência em sala cirúrgica						1,000**
Sim	35	45,5	06	42,9		
Não	42	54,5	08	57,1		
Os benefícios adquiridos superaram as dificuldades para implementar a LVSC***						0,909**
Sim	45	58,4	09	64,3		
Não	32	41,6	05	35,7		

Fonte: Dados da pesquisa, 2015-2016.

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Tabela 2 – Caracterização dos facilitadores para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros.Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		P
	N=77	%	N=14	%	
Organizacionais					
Apoio da administração					0,871*
Sim	28	36,4	06	42,9	
Não	49	63,6	08	57,1	
Apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem					1,000**
Sim	54	70,1	10	71,4	
Não	23	29,9	04	28,6	
Hospital possuir núcleo de segurança do paciente					0,378*
Sim	31	40,3	08	57,1	
Não	46	59,7	06	42,9	
Processo de implementação					
Participação da equipe cirúrgica na etapa de planejamento					0,094*
Sim	23	29,9	08	57,1	
Não	54	70,1	06	42,9	
Oferta de programa educacional					0,006**
Sim	28	36,4	11	78,6	
Não	49	63,6	03	21,4	
Realização de teste piloto					0,169*
Sim	31	40,3	09	64,3	
Não	46	59,7	05	35,7	
Introdução gradual da LVSC ***					0,189*
Sim	17	22,1	06	42,9	
Não	60	77,9	08	57,1	

Envolvimento dos pacientes para introduzir a LVSC					0,706**
Sim	13	16,9	03	21,4	
Não	64	83,1	11	78,6	
Monitoramento do uso da LVSC					0,545*
Sim	43	55,8	06	42,9	
Não	34	44,2	08	57,1	
Equipe cirúrgica					
Liderança presente no centro cirúrgico para estimular o uso da LVSC					0,154**
Sim	38	49,4	10	71,4	
Não	39	50,6	04	28,6	
Aceitação pela enfermagem					0,119*
Sim	66	85,7	09	64,3	
Não	11	14,3	05	35,7	
Aceitação pelos cirurgiões					0,029*
Sim	23	29,9	09	64,3	
Não	54	70,1	05	35,7	
Aceitação pelos anestesiologistas					0,234*
Sim	33	42,9	09	64,3	
Não	44	57,1	05	35,7	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015-2016.

*Teste Qui-quadrado; **Teste Exato de Fisher; ***LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

No grupo 1, com relação as barreiras para a implementação da LVSC, os itens com percentuais maiores foram a falta de apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem (organizacional), ausência de monitoramento da prática de uso (processo de implementação) e descrença sobre benefícios da LVSC por membros da equipe (equipe cirúrgica). No grupo 2, a falta de apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem (organizacional), ausência de programa educativo (processo de implementação) e a

resistência de cirurgiões foram os itens com percentuais maiores, conforme apresentado na Tabela 3.

Os resultados evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos itens falta de apoio da administração ($p=0,006$), falta de apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem ($p=0,041$), ausência do núcleo de segurança do paciente ($p=0,005$), introdução abrupta da LVSC em sala cirúrgica, sem planejamento ($p=0,001$) e ausência de programa educativo ($p<0,001$) (tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização das barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		P
	N=77	%	N=14	%	
Organizacionais					
Falta de apoio da administração					0,006*
Sim	11	14,3	07	50,0	
Não	66	85,7	07	50,0	

Falta de apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem					0,041**
	Sim	31	40,3	10	71,4
	Não	46	59,7	04	28,6
Ausência do núcleo de segurança do paciente					0,005*
	Sim	14	18,2	08	57,1
	Não	63	81,8	06	42,9
Processo de implementação					
Imposição de uso da LVSC*** pela chefia					0,288**
	Sim	13	16,9	04	28,6
	Não	64	83,1	10	71,4
Introdução abrupta da LVSC em sala cirúrgica, sem planejamento					0,001*
	Sim	08	10,4	07	50,0
	Não	69	89,6	07	50,0
Ausência de programa educativo					<0,001**
	Sim	11	14,3	11	78,6
	Não	66	85,7	03	21,4
Ausência de teste piloto					0,160*
	Sim	12	15,6	05	35,7
	Não	65	84,4	09	64,3
Ausência de monitoramento da prática de uso					0,243*
	Sim	28	36,4	08	57,1
	Não	49	63,6	06	42,9
Equipe cirúrgica					
Ausência de liderança no centro cirúrgico					0,387**
	Sim	09	11,7	03	21,4
	Não	66	88,3	11	78,6
Dificuldade de comunicação e trabalho em equipe					0,064*
	Sim	17	22,1	07	50,0
	Não	60	77,9	07	50,0
Hierarquia entre profissionais					0,135*
	Sim	20	26,0	07	50,0
	Não	57	74,0	07	50,0
Resistência de cirurgiões					0,148**
	Sim	37	48,1	10	71,4
	Não	50	51,9	04	28,6
Resistência de anestesiologistas					0,594*
	Sim	19	24,7	05	35,7
	Não	56	75,3	09	64,3

Resistência de enfermeiros					0,648**
Sim	08	10,4	02	14,3	
Não	69	89,6	12	85,7	
Resistência de técnicos de enfermagem					1,00*
Sim	26	33,8	05	35,7	
Não	51	66,2	09	64,3	
Descrença sobre benefícios da LVSC por membros da equipe					1,00*
Sim	40	51,9	07	50,0	
Não	37	48,1	07	50,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015-2016.

*Teste Qui-quadrado; **Teste Exato de Fisher;***LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, na análise comparativa entre os grupos, o relato dos enfermeiros sobre os benefícios da LVSC foi semelhante, ou seja, a implementação do *checklist* acarretou ou tem potencial para produzir efeitos benéficos para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde. Em revisão sistemática sobre os efeitos produzidos pelos *checklists* de segurança na medicina, os resultados indicaram que essas ferramentas foram efetivas para melhorar a segurança do paciente em diferentes contextos clínicos, fortalecer a prática clínica em conformidade com as diretrizes baseadas em evidências e redução da incidência de eventos adversos, morbidade e mortalidade⁽¹¹⁾.

Em outra revisão sistemática sobre os benefícios da LVSC para a equipe cirúrgica, os resultados apontaram que o uso da ferramenta contribuiu para a melhoria da autopercepção do trabalho em equipe e comunicação⁽⁴⁾. No entanto, quando o *checklist* foi utilizado em condições inadequadas ou os indivíduos envolvidos não aderiram ao processo de implementação, a utilização da LVSC pode ter impacto negativo, como a percepção de que o seu uso não produz mudança na comunicação interpessoal^(4,9).

Com relação aos benefícios para os hospitais, a implementação da LVSC pode promover a redução de custos por meio de ganhos de eficiência, diminuição da rotatividade de enfermeiros, redução de atrasos, cancelamentos dos procedimentos cirúrgicos e prevenção de complicações cirúrgicas⁽⁵⁻⁶⁾.

No que se refere aos facilitadores, a oferta de programa educacional não foi considerada pela maioria dos enfermeiros que atuavam em hospitais que implementaram a LVSC ($p=0,006$). Esses resultados são contraditórios com o que é preconizado na literatura, pois a educação é considerada elemento essencial e facilitador na implementação

do *checklist*^(6,12-13). Assim, pode-se inferir que, dada a diversidade de estratégias educativas utilizadas nos hospitais para implementar a LVSC em relação à abordagem, conteúdo, tempo dedicado a atividade, categoria profissional participante, manutenção ao longo do tempo e resultados obtidos^(6,12-13) ou ausência de processo educacional⁽¹⁴⁾, esse facilitador pode se tornar barreira.

Os resultados evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos no item aceitação pelos cirurgiões, ou seja, os enfermeiros do grupo 2 compreenderam que o item em questão é um facilitador para a implementação da LVSC. Em contrapartida, os enfermeiros do grupo 1 não reconheceram esse aspecto como facilitador. Em estudo qualitativo cujo objetivo foi explorar os fatores que influenciaram a adesão ao uso do *checklist*, os resultados apontaram que a resistência de membros da equipe cirúrgica, em especial dos cirurgiões foi uma das barreiras para a implementação da LVSC⁽⁷⁾. Assim, sugere-se que a implementação desta ferramenta seja conduzida por equipe multidisciplinar. Especialmente, os cirurgiões e anestesistas, para serem recrutados, devem possuir disponibilidade, exercer boa influência e imagem positiva junto aos seus pares⁽¹²⁾, pois o uso sustentado da lista pode ser bem-sucedido quando os médicos são ativamente engajados⁽¹⁵⁾.

Em estudo conduzido sobre o processo de implementação da LVSC em hospitais da Inglaterra, os facilitadores relevantes para a implantação bem-sucedida do *checklist* evidenciados foram o ensino sobre a LVSC; treinamento prático de como usar a ferramenta e como lidar com os membros da equipe resistentes; auditoria, *feedback* de desempenho, divulgação de resultados obtidos (redução de eventos adversos) para minimizar o ceticismo de membros da equipe; sanções para os indivíduos que não apresentarem adesão ao uso; apoio institucional, integração da ferra-

menta em impressos já existentes, condução da checagem por membros da equipe com habilidade de liderança, liderança sênior médica e equipe multidisciplinar envolvida no processo de implementação⁽¹⁶⁾.

Com relação às barreiras, conforme já mencionado, os resultados indicaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos para: falta de apoio da administração ($p=0,006$), falta de apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem ($p=0,041$), ausência do núcleo de segurança do paciente ($p=0,005$), introdução abrupta da LVSC em sala cirúrgica, sem planejamento prévio ($p=0,001$) e ausência de educação ($p<0,001$).

No aspecto relativo à gestão dos serviços de saúde, os fatores da micropolítica institucional podem contribuir para a incorporação bem-sucedida da LVSC, os hospitais devem criar políticas direcionadas para a segurança do paciente, bem como assumir a segurança como eixo norteador da gestão em saúde. Para tal, as instituições devem contar com o apoio do Núcleo de Segurança do Paciente, o qual precisa promover e apoiar a implementação de ações voltadas para a segurança do paciente; definir práticas de segurança em conformidade com as recomendações internacionais e nacionais vigentes; dar condições e apoiar o uso do *checklist* precocemente à sua implementação⁽¹⁷⁾.

No processo de implementação da LVSC, a ausência de liderança efetiva é um dos fatores críticos. Em estudo conduzido para avaliar o efeito de uma estratégia na melhoria da adesão ao uso da LVSC, os autores concluíram que a estratégia adotada que incluía a definição e envolvimento de lideranças de cada disciplina cirúrgica (cirurgia, anestesia e enfermagem) pode contribuir para melhorar a adesão e engajamento da equipe e destacaram como fatores de sucesso o engajamento das lideranças⁽¹⁸⁾.

Geralmente, para introduzir a ferramenta nos serviços de saúde, as modificações no processo de trabalho são realizadas de modo repentino e sem planejamento. Em estudo que analisou dados sobre o processo de implementação da LVSC, os autores identificaram que os hospitais adotaram diferentes ações em relação ao planejamento, a saber: o processo de implementação foi planejado com ênfase em estratégias para introdução e integração da ferramenta; implementação com limitado/ningum planejamento, ou seja, a equipe desconhecia qualquer abordagem estruturada para uso; e método de implementação realizado de maneira impositiva pela gestão do hospital ou Ministério da Saúde. Em decorrência disso, as barreiras que se destacaram no âmbito organizacional foram a implementação sem planejamento ou impositiva e cultura institucional resistente a mudança, especialmente

por profissionais mais experientes⁽¹⁶⁾. Assim, recomenda-se o envolvimento da equipe cirúrgica e planejamento da implementação gradual, por exemplo: inicialmente, introduzir o uso da LVSC com determinado cirurgião e sala cirúrgica específica⁽¹²⁾.

Para compreender os facilitadores e barreiras da implementação da LVSC na perspectiva dos usuários, estudiosos conduziram revisão sistemática de estudos qualitativos. Os resultados indicaram que o processo de implementação do *checklist* é uma intervenção social complexa que exige mudanças na perspectiva do usuário (médicos e enfermeiros) em relação à percepção sobre a LVSC e segurança do paciente, necessitando ajustes para a integração da lista no fluxo de trabalho da equipe. Os fatores que podem facilitar ou dificultar essas mudanças foram o design da ferramenta, fusão da ferramenta com processos existentes, senso de pertencimento, ou seja, a lista criada ou adaptada para atender as necessidades da equipe; educação, treinamento, falta de clareza nas orientações que dificultaram a execução, compromisso da equipe multidisciplinar com o processo, especialmente dos cirurgiões, para minimizar os efeitos do contexto hierárquico na sala cirúrgica; liderança in loco para apoiar médicos e enfermeiros, cultura organizacional, comunicação e trabalho em equipe⁽¹⁹⁾.

Apesar do potencial benéfico, o uso de listas de verificação possui limitações e ressalvas importantes que devem ser consideradas, pois os *checklists* são considerados uma barreira de segurança fraca, vulnerável à normalização do desvio e podem ser naturalmente negligenciados. Quando uma etapa da LVSC é omitida, sem ocorrer manifestação contrária ao desvio por membros da equipe ou demais profissionais envolvidos, e prejuízos não são identificados para o paciente, o uso inadequado é facilmente aceito ou institucionalizado⁽²⁰⁾.

Nos serviços de saúde, a implementação da LVSC consiste em processo complexo e desafiador, pois requer que equipes cirúrgicas mudem comportamentos e aprendam novos hábitos⁽¹⁰⁾. Essas constatações podem ajudar os envolvidos no processo de implementação da LVSC, a considerar a seleção de intervenções mais adequadas ao cenário local⁽¹⁵⁾.

Para melhor subsidiar esse processo, recomenda-se a educação como um processo mais amplo sob a tríade: 1) conversa informal com cada membro da equipe cirúrgica, o diálogo visa conectar cada profissional com a ideia e propósito da LVSC a fim de solicitar colaboração para uso da lista, antes da efetiva introdução em sala cirúrgica; 2) treinar cada membro da equipe cirúrgica antes do uso efetivo, a abordagem inclui explicação de como fazer, demonstrar e dar oportunidade para a equipe cirúrgica praticar exausti-

vamente a checagem (simulação de uso). O treinamento deve ocorrer antes do uso em pacientes, pois, durante a primeira utilização, os membros da equipe cirúrgica precisam estar seguros em relação ao treinamento e apoio recebidos, sendo que a preparação inadequada pode prejudicar o andamento do procedimento cirúrgico. Para viabilidade desta etapa, os membros da equipe podem ser treinados treinar individualmente, em grupo ou equipe cirúrgica completa; 3) treinamento continuado e orientação in loco, a partir da introdução da LVSC na sala cirúrgica⁽¹²⁾.

Em países com Índice de Desenvolvimento Humano médio e baixo, a exemplo do que ocorre no Brasil, a LVSC é conhecida, mas a sua utilização ainda não é promovida universalmente ou implementada, indicando oportunidade substancial para estratégias educativas em defesa do uso desta ferramenta de segurança. Existem desafios únicos em muitos desses países devido à falta de infraestrutura, equipamentos e pessoal treinado, o que acrescenta dificuldades para a implementação da LVSC. Logo, recomenda-se que as estratégias selecionadas devam considerar essas barreiras adicionais⁽¹⁾.

■ CONCLUSÃO

Para os enfermeiros, a implementação do *checklist* pode acarretar benefícios para o paciente com destaque para a promoção da segurança. Para a equipe, os benefícios consistiram em melhoria da comunicação e o uso da lista como oportunidade de diálogo entre os profissionais; e a melhoria da qualidade do cuidado foi o principal fator benéfico relacionado ao serviço de saúde.

Sobre os aspectos facilitadores da implementação da LVSC, os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa, entre os grupos de enfermeiros, nos itens oferta de programa educacional e aceitação pelos cirurgiões. E, a falta de apoio administrativo e das chefias, ausência do núcleo de segurança do paciente, introdução abrupta da lista em sala cirúrgica, sem planejamento prévio e ausência de educação consistiram em barreiras.

Com relação às limitações, o estudo foi conduzido em dois municípios do estado do Paraná, logo, recomenda-se cautela na generalização dos resultados evidenciados, apesar desses municípios paranaenses serem considerados os principais e referência na assistência à saúde para a população de outros municípios da região. Outra limitação é o fato de que apenas uma categoria profissional (enfermeiros) ser participante da pesquisa pode ser um viés dos resultados, pois a LVSC é uma ferramenta multiprofissional com a participação de cirurgiões, anestesistas, instrumentadores cirúrgicos e equipe de enfermagem na checagem

e, para tanto, precisa de participação de todos os envolvidos, desde o planejamento até a avaliação dos resultados.

No que tange à Enfermagem, o enfermeiro tem papel essencial no movimento para promover a segurança do paciente, em especial no cuidado cirúrgico. Acredita-se que, no campo do ensino, esse estudo traz contribuições, pois as evidências geradas podem subsidiar o debate sobre segurança do paciente no âmbito da formação dos enfermeiros e no contexto dos serviços de saúde por meio da educação permanente, para que os profissionais se conscientizem de que práticas seguras salvam vidas e, com isso, as incorporem em sua práxis. No campo da pesquisa, os resultados do presente estudo possibilitaram a identificação dos benefícios, facilitadores e barreiras na implementação da LVSC na realidade brasileira e contribuem para preencher uma lacuna do conhecimento no contexto nacional.

Em relação à assistência, as evidências geradas podem auxiliar na elaboração de protocolos relativos à implementação e uso da LVSC que considerem os fatores críticos envolvidos no processo, sejam adequados e compatíveis com as especificidades estruturais e organizacionais dos serviços de saúde nacionais, com o propósito de viabilizar a integração dessa ferramenta no processo de trabalho, melhorar a adesão da equipe e alcance dos melhores resultados em prol do paciente.

■ REFERÊNCIAS

1. Weiser TG, Haynes AB. Ten years of the surgical safety checklist. *Br J Surg*. 2018. doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.10907>.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2018 ago 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudel-e-gis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html.
3. Biccard BM, Rodseth R, Cronje L, Agaba P, Chikumba E, Toit L, et al. A meta-analysis of the efficacy of preoperative surgical safety checklists to improve perioperative outcomes. *S Afr Med J*. 2016;106(6):592-7. doi: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2016.v106i6.9863>.
4. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? a systematic review. *Ann Surg*. 2013;258(6):856-71. doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.000000000000206>.
5. Cadman V. The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature. *J Perioper Pract*. 2016;26(4):62-71. doi: <https://doi.org/10.1177/175045891602600402>.
6. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):299-318. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001797>.
7. Gagliardi AR, Straus SE, Shojania KG, Urbach DR. Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: a qualitative study. *PLoS One*. 2014;9(9):e108585. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108585>.

8. Santana HT, Freitas MR, Ferraz EM, Evangelista MSN. WHO safety surgical checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. *J Infect Public Health*. 2016;9(5):586-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.12.019>.
9. 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: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>.
10. Tostes MFP. Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2017.
11. Thomassen O, Storesund A, Softeland E, Brattebo G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58(1):5-18. doi: <https://doi.org/10.1111/aas.12207>.
12. Safe Surgery Checklist Implementation Guide. Boston: Ariadne Labs; 2015 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://www.safesurgery2015.org/uploads/1/0/9/0/1090835/safe_surgery_implementation_guide__092515.012216_.pdf.
13. Nugent E, Hseino H, Ryan K, Traynor O, Neary P, Keane FB. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. *Ir J Med Sci*. 2013;182(2):171-6. doi: <https://doi.org/10.1007/s11845-012-0851-4>.
14. O'Connor P, Reddin C, O'Sullivan M, O'Duffy F, Keogh I. Surgical checklists: the human factor. *Patient Saf Surg*. 2013;7(1):14-20. doi: <https://doi.org/10.1186/1754-9493-7-14>.
15. Gillespie BM, Marshall A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implement Sci*. 2015;10(137):1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0319-9>.
16. 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;261(1):81-91. doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000793>.
17. Tostes MFP, Haracemiw A, Mai LD. Surgical Safety Checklist: considerations on institutional policies. *Esc Anna Nery*. 2016 [cited 2018 Aug 12];20(1):203-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100203&script=sci_arttext&lng=en.
18. Ong AP, Devcich DA, Hannam J, Lee T, Merry AF, Mitchell SJ. A 'paperless' wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):971-6. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004545>.
19. Bergs J, Lambrechts F, Simons P, Vlayen A, Marneffe W, Hellings J, et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(12):776-86. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004021>.
20. Rydenfält C, Åsa E, Larsson PA. Safety checklist compliance and a false sense of safety: new directions for research. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(3):183-6. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002168>.

■ **Autor correspondente:**

Maria Fernanda do Prado Tostes
E-mail: mfp Prado@gmail.com

Recebido: 13.07.2018

Aprovado: 05.10.2018