

Análise da adesão ao *checklist* de cirurgia segura e a cultura de segurança no centro cirúrgico: revisão da literatura

Analysis of adherence to the safe surgery checklist and safety culture in the operating room: literature review

Análisis de la adherencia a la lista de verificación de cirugía segura y la cultura de seguridad en el quirófano: revisión de la literatura

Celine Lins de Abreu Borges^{1*}, Mariana Idnês de Oliveira Interaminense Mendes², Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo¹

RESUMO

Objetivo: Verificar na literatura recente o que há publicado sobre a adesão ao *checklist* de cirurgia segura e sobre a cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As pesquisas dos artigos foram realizadas nas bases de dados SCIELO, BDENF e LILACS. Os critérios de inclusão foram de artigos disponíveis que foram publicados entre os anos de 2015 a 2020, em português, artigo original e disponível na íntegra. Os critérios de exclusão foram os materiais publicados anteriormente a 2015, artigos de revisão integrativa, artigos em outros idiomas, temas que fugiam da proposta escolhida e artigos oriundos de outros países além do Brasil. **Resultados:** Foram selecionados 13 artigos, agrupados nas seguintes categorias: Cultura de segurança no centro cirúrgico, Adesão ao uso do *checklist* de cirurgia segura, Barreiras e facilitadores para a aplicação e adesão ao *checklist*. **Considerações finais:** A cultura de segurança do paciente foi considerada baixa e a adesão ao *checklist* foi parcial, com uma adesão maior aos itens da entrada e menor aos itens da saída. Os facilitadores foram a adesão pela equipe e capacitação dos profissionais, enquanto que a principal barreira foi falta de participação e adesão da equipe.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Enfermagem de centro cirúrgico, Enfermagem perioperatória, Lista de checagem, Cultura organizacional.

ABSTRACT

Objective: Check in recent literature what has been published on adherence to the safe surgery *checklist* and on the culture of patient safety in the operating room. **Methods:** This is an integrative literature review. The articles were searched in the databases SCIELO, BDENF e LILACS. The inclusion criteria were available articles that were published between the years 2015 to 2020, in Portuguese, original article and available in full. The exclusion criteria were materials published before 2015, articles of integrative review, articles in other languages, themes that escaped the chosen proposal and articles from other countries besides Brazil. **Results:** 13 articles were selected, grouped into the following categories: Safety culture in the operating room, Adherence to the use of the surgical safety *checklist*, Barriers and facilitators for the application and adherence of the *checklist*. **Final considerations:** The culture of patient safety was considered low and the adherence of the *checklist* was partial, with a greater adherence to the items at the sign in and less to the items at the sign out. The main facilitators were adherence by the team and training of professionals, while the main barrier was lack of participation and adherence by the team.

Keywords: Patient safety, Operating room nursing, Perioperative nursing, Checklist, Organizational culture.

¹ Universidade Paulista (UNIP), Brasília - DF. *E-mail: celine.lins.abreu.b@gmail.com

² Universidade de Brasília (UnB), Brasília - DF.

RESUMEN

Objetivo: Consulte en la literatura reciente lo publicado sobre la adherencia al *checklist* de cirugía segura y sobre la cultura de seguridad del paciente en quirófano. **Métodos:** Ésta es una revisión integradora de la literatura. Las búsquedas de los artículos se realizaron en las bases de datos SCIELO, BDEFN y LILACS. Los criterios de inclusión fueron artículos disponibles que fueron publicados entre los años 2015 a 2020, en portugués, artículo original y disponible en su totalidad. Los criterios de exclusión fueron materiales publicados antes de 2015, artículos de revisión integradora, artículos en otros idiomas, temas que escapan a la propuesta elegida y artículos de países distintos a Brasil. **Resultados:** Se seleccionaron 13 artículos, agrupados en las siguientes categorías: Cultura de seguridad en quirófano, Adherencia al uso de la *checklist* de verificación de cirugía segura, Barreras y facilitadores para la aplicación y adherencia a la *checklist* de verificación. **Consideraciones finales:** La cultura de seguridad del paciente se consideró baja y la adherencia al *checklist* fue parcial, con mayor adherencia a los ítems de entrada y menor adherencia a los ítems de salida. Los facilitadores fueron la adherencia del equipo y la formación de los profesionales, mientras que la principal barrera fue la falta de participación y adherencia del equipo.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Enfermería de quirófano, Enfermería perioperatoria, Lista de verificación, Cultura organizacional.

INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar o centro cirúrgico é o setor em que são realizados procedimentos anestésico-cirúrgicos, caracterizados como eletivos ou emergenciais, sejam eles para fins terapêuticos ou diagnósticos. Considerado um setor complexo e de alto risco, em que os pacientes estão suscetíveis a erros e eventos adversos, que podem vir a causar danos e complicações, sejam eles temporários ou permanentes, e até mesmo óbitos (GUTIERRES LS, et al., 2019; GUTIERRES LS, et al., 2018).

Diante deste cenário, em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de destinar atenção à temática da segurança do paciente. Em seguida foram estabelecidas as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente, sendo a quarta meta garantir que as intervenções cirúrgicas estejam corretas além de serem realizadas no local e no paciente correto (GIANNATTASIO MB e TANIGUCHI FP, 2016).

Posteriormente em 2007 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu padrões de segurança cirúrgica através do programa *Save Surgery Saves Lives* (Cirurgias Seguras Salvam Vidas), que recomendava a utilização do *checklist* chamado de Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) (GIANNATTASIO MB e TANIGUCHI FP, 2016; DEZORDI CCM e STUMM EMF, 2018).

Objetivando minimizar práticas de segurança inadequadas, como infecções de sítio cirúrgico passíveis de prevenção e dificuldades de comunicação entre os membros da equipe, foram produzidas listas e protocolos, como a LVSC e o Protocolo de Cirurgia Segura, que devem ser aplicados nos serviços de saúde. O uso desses instrumentos tem se demonstrado eficaz, pois estão associados a reduções significativas das taxas de complicações e mortalidade, em diversos hospitais e contextos, contando com melhorias que estão em conformidade com as normas básicas da atenção (OMS, 2014).

A definição de segurança do paciente é a ausência de danos ou lesões acidentais que ocorreram durante a assistência de saúde realizada. Portanto acredita-se que ao gerenciar os riscos é possível que os profissionais de saúde possam observar e propor práticas que minimizem eventos adversos, assim como avaliar os cuidados oferecidos ao paciente no centro cirúrgico (SILVA VR, et al., 2019).

As adoções ao *checklist* e aos protocolos que promovem a segurança na assistência cirúrgica podem proporcionar benefícios para os profissionais, como a melhora da assistência e da comunicação, assim como para os pacientes com a minimização dos riscos em que estão expostos durante o processo cirúrgico (BOECKMANN LMM e RODRIGUES MCS, 2018).

O *checklist* foi desenvolvido para ser aplicado em três momentos distintos, correspondendo ao período anterior à indução anestésica, depois ao momento antes da incisão cirúrgica, e por fim ao momento antes do paciente deixar a sala cirúrgica. A ferramenta pode ser utilizada em diferentes contextos além de possibilitar a sua adaptação para os diversos cenários (GIANNATTASIO MB e TANIGUCHI FP, 2016).

A aplicação de um programa de segurança do paciente inclui a cultura de segurança, a aplicação do *checklist* e o cumprimento das metas estabelecidas pela OMS, conseqüentemente os profissionais de enfermagem devem ter condições para identificar os riscos em que os pacientes estão expostos no centro cirúrgico (GUTIERRES LS, et al., 2019).

Considerando que os enfermeiros de centro cirúrgico no Brasil têm fundamental importância no desenvolvimento de estratégias para estabelecer a segurança do paciente, delineou-se como questão de pesquisa: Como está classificada a adesão ao *checklist* de cirurgia segura, bem como é considerada a cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico? O objetivo do estudo foi analisar as produções científicas acerca da adesão ao *checklist* de cirurgia segura e sobre a cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico, no período de 2015 a 2020.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que visa sintetizar os resultados dos estudos anteriores sobre o mesmo assunto. O método foi realizado em seis etapas: identificação do tema; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos bem como escolha das bases de dados; identificação dos estudos selecionados; síntese dos estudos; análise e interpretação dos dados obtidos; e, por fim, apresentação dos resultados.

A questão norteadora foi: o que há na literatura recente sobre a adesão ao uso da LVSC, facilitadores e barreiras, e como isso interfere na segurança do paciente no centro cirúrgico? As bases de dados eletrônicas utilizadas foram: Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos científicos publicados com livre acesso online, na íntegra, estudos produzidos no Brasil e em português, entre 2015 a 2020. Enquanto que os critérios de exclusão aplicados foram: artigos de revisão integrativa, em outros idiomas além do português e oriundo de outros países além do Brasil, publicados anteriormente a 2015 e temas que fugiam da proposta escolhida.

A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro de 2021, utilizando descritores obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Segurança do Paciente; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Enfermagem Perioperatória; Lista de Checagem; Cultura Organizacional. Esses descritores foram combinados entre si pelo operador booleano "AND", conforme apresentado no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Descritores combinados com o operador booleano utilizados nas etapas de busca dos artigos e o total de artigos encontrados, 2021.

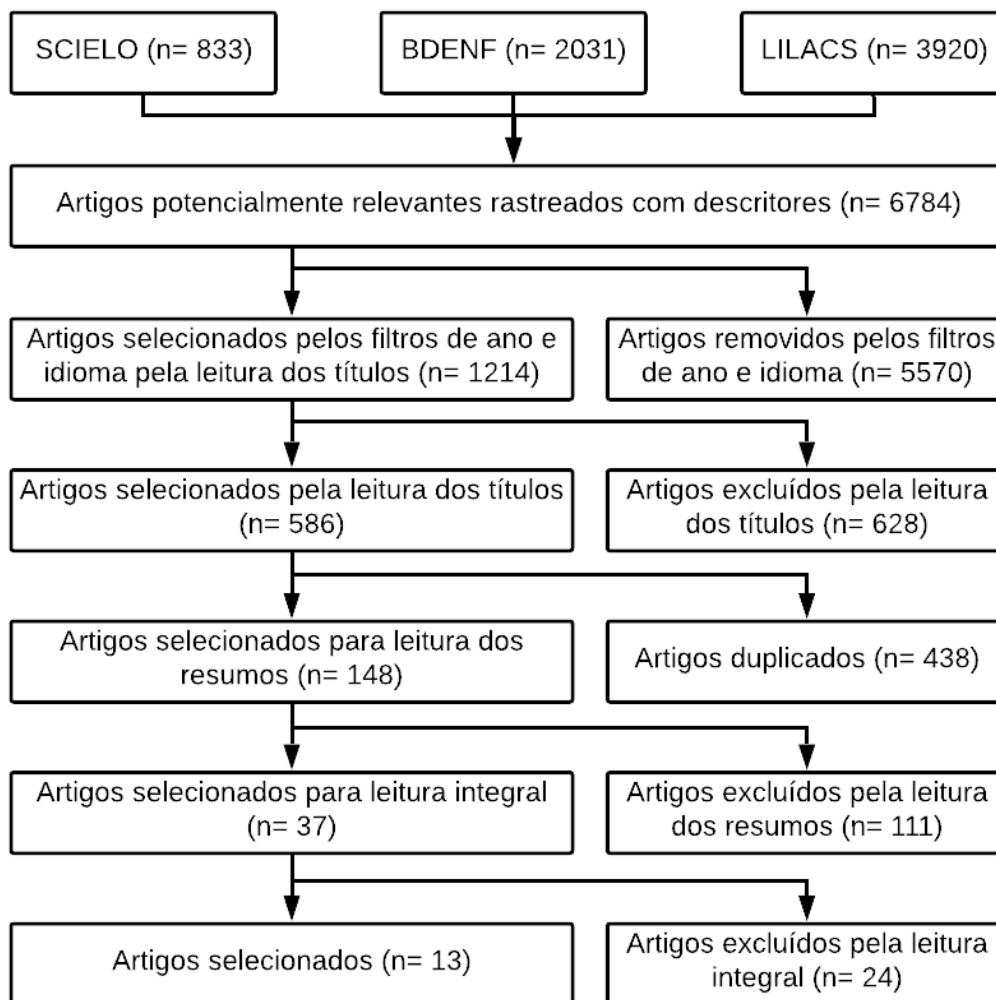
Descritores	SCIELO	BDENF	LILACS	TOTAL%
(Segurança do Paciente) AND (Enfermagem de Centro Cirúrgico OR Enfermagem Perioperatória)	771	1741	3418	87,4
(Lista de Checagem) AND (Enfermagem de Centro Cirúrgico OR Enfermagem Perioperatória)	35	88	262	5,7
(Lista de Checagem) AND (Segurança do Paciente)	11	73	90	2,6
(Segurança do Paciente) AND (Cultura Organizacional)	16	129	150	4,3
Total	833	2031	3920	100 %

Fonte: Borges CLA, et al., 2021.

RESULTADOS

Após a seleção, permaneceram 13 estudos que compuseram a amostra final da pesquisa. O processo de seleção e avaliação está ilustrado na **Figura 1**.

Figura 1 - Fluxograma de seleção das publicações da revisão integrativa, 2021.



Fonte: Borges CLA, et al., 2021.

No **Quadro 2** encontram-se as informações a respeito dos 13 artigos contidos na discussão desta revisão integrativa, de maneira que apresentasse as informações gerais como: título, autores, objetivo, método, principais resultados e ano de publicação. Foram sintetizados e interpretados todos os resultados, através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

Quadro 2 - Síntese dos principais achados sobre segurança do paciente no centro cirúrgico, 2021.

Nº	Título	Autores	Objetivo	Método	Conclusão	Ano	Periódico
1	Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde.	Dezordi CCM, et al.	Avaliar as atitudes dos profissionais de saúde de um centro cirúrgico com relação clima de segurança.	Estudo transversal feito em um centro cirúrgico de um hospital filantrópico envolvendo 107 profissionais da saúde. Utilizando o <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)</i> .	Percebem-se fragilidades nos valores, atitudes e comportamentos, traduzidos por escores abaixo do satisfatório, estabelecendo um baixo clima de segurança entre os profissionais.	2020	Rev. Cogitare Enfermagem
2	Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais.	Tostes MFP, Galvão CM.	Identificar o processo de implementação e o uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, de acordo com relatos de enfermeiros que atuavam no centro cirúrgico de hospitais.	Estudo descritivo-exploratório, com amostra de 77 enfermeiros.	Fornecer subsídios para a implementação da ferramenta e a utilização de estratégias que podem auxiliar no cotidiano da prática clínica.	2020	Rev. SOBECC
3	Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura.	Pereira LFML, et al.	Analisar a assistência ao paciente cirúrgico no transoperatório de acordo com os protocolos de cirurgia segura da OMS.	Estudo quantitativo, descritivo, observacional, realizado no bloco cirúrgico com pacientes e equipes anestésicos-cirúrgicas, a partir do <i>checklist</i> e de um questionário.	A comunicação entre a equipe faz com que a segurança do paciente aconteça.	2020	Rev. Enfermagem UFPE Online
4	Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico.	Santos EA, et al.	Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a LVSC. Além de determinar os desafios e estratégias para sua implantação em uma instituição pública hospitalar.	Pesquisa quantitativa, de caráter descritivo, transversal.	Os profissionais conhecem a LVSC e a reconhecem como uma ferramenta que assegura a qualidade da assistência durante o período perioperatório, além de apontar os principais desafios e estratégias para sua implantação.	2020	Rev. Enfermería Actual de Costa Rica
5	Adesão ao <i>checklist</i> de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas.	Rinaldi LC, et al.	Analisar a adesão ao preenchimento do <i>checklist</i> de cirurgia segura em procedimentos realizados em crianças e adolescentes de até 17 anos.	Estudo analítico, transversal, realizado em um hospital público. Realizada análise dos prontuários de cirurgias feitas em crianças e adolescentes de até 17 anos.	Apenas 12,9% da amostra apresentaram adesão completa, além de uma diferença no preenchimento entre as etapas.	2019	Rev. SOBECC
6	Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem.	Bohomol E, Melo EF.	Avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente por profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico em um hospital privado.	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, feito em uma instituição hospitalar privada. Amostra composta por 37 profissionais de enfermagem do centro cirúrgico.	Mudanças na organização hospitalar são relevantes para incentivar a cultura não punitiva e avaliar o dimensionamento de profissionais no atendimento perioperatório.	2019	Rev. SOBECC

Nº	Título	Autores	Objetivo	Método	Conclusão	Ano	Periódico
7	Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem.	Tostes MFP, Galvão CM.	Identificar os benefícios, facilitadores e barreiras na implementação da LVSC, segundo o relato de enfermeiros que atuavam no centro cirúrgico de hospitais.	Estudo transversal, com 91 enfermeiros em 25 hospitais de dois municípios do Paraná.	Permitiu-se identificar os benefícios, facilitadores e barreiras para a implementação do <i>checklist</i> em um contexto nacional.	2019	Rev. Gaúcha de Enfermagem
8	Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem	Abreu IM, et al.	Avaliar a cultura de segurança do paciente baseado na visão da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico.	Estudo transversal e analítico. Amostra composta por 92 profissionais de enfermagem.	Existem áreas problemáticas na cultura de segurança do setor, indicando que as dimensões com avaliação abaixo do recomendado devem desenvolver melhor a cultura de segurança.	2019	Rev. Gaúcha de Enfermagem
9	Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil.	Carvalho REFL, et al.	Avaliar a cultura de segurança em três hospitais públicos.	Estudo transversal realizado em três hospitais públicos brasileiros, desenvolvido com profissionais de saúde aplicando o <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)</i> .	O nível de cultura de segurança encontrado é abaixo do ideal. As ações gerenciais são consideradas o principal contribuinte para a fragilidade da cultura.	2017	Rev. Latino-Americana de Enfermagem
10	Aplicabilidade do <i>checklist</i> de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares.	Souza RM, et al.	Identificar a aplicabilidade do <i>checklist</i> de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares.	Pesquisa quantitativa, realizada em nível nacional, via correio eletrônico, com enfermeiros associados à SOBECC e que atuam em Centro Cirúrgico.	A aplicação do <i>checklist</i> de cirurgia segura contribui para a qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico.	2016	Rev. SOBECC
11	Adesão ao uso de um <i>checklist</i> cirúrgico para segurança do paciente.	Maziero ECS, et al.	Avaliar a adesão ao <i>checklist</i> do Programa Cirurgias Segura em um hospital de ensino.	Pesquisa avaliativa, realizada por meio de observação não participante de 20 cirurgias ortopédicas de prótese de quadril e joelho.	A verificação dos itens do <i>checklist</i> se deu de forma não verbal e que não houve adesão significativa ao instrumento.	2015	Rev. Gaúcha de Enfermagem
12	Avaliação da adesão ao <i>checklist</i> de cirurgia segura em hospital universitário público.	Elias ACGP, et al.	Avaliar a adesão ao <i>checklist</i> em cirurgias realizadas em um hospital escola público, assim como identificar o perfil do paciente com a sua utilização.	Estudo descritivo realizado no centro cirúrgico do Hospital Universitário de Londrina (PR). Avaliou-se 400 instrumentos de verificação perioperatória.	A adesão ao <i>checklist</i> deve ser aprimorada para contribuir com a redução de eventos adversos aos pacientes cirúrgicos, sendo um desafio para instituição e equipe.	2015	Rev. SOBECC
13	Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde.	Carvalho PA, et al.	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público.	Estudo descritivo, transversal, quantitativo, com 226 profissionais por meio da aplicação do <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)</i> . Análise descritiva dos dados, consistência do instrumento e análise fatorial exploratória.	Na perspectiva dos profissionais há fragilidade nos valores, atitudes, competências e comportamentos que estabelecem a cultura de segurança em uma organização de saúde.	2015	Rev. Latino-Americana de Enfermagem

Fonte: Borges CLA, et al., 2021.

DISCUSSÃO

Cultura de segurança no centro cirúrgico

Para avaliar a cultura de segurança no centro cirúrgico foram aplicados instrumentos validados por entidades americanas, desenvolvidos para estudos na área da cultura de segurança nas instituições de saúde (ABREU IM, et al., 2019; BOHOMOL E e MELO EF, 2019; CARVALHO PA, et al., 2015; CARVALHO REFL, et al., 2017; DEZORDI CCM, et al., 2020). Os instrumentos utilizados foram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborado em 2004 pela *Agency for Healthcare Research And Quality* (AHRQ), contendo 12 dimensões para avaliar a cultura de segurança (ABREU IM, et al., 2019; BOHOMOL E e MELO EF, 2019). Além de outra ferramenta amplamente utilizada, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), também usado para avaliar a cultura de segurança, porém, contendo 6 dimensões para verificação (CARVALHO PA, et al., 2015; CARVALHO REFL, et al., 2017; DEZORDI CCM, et al., 2020).

Um estudo feito com 92 profissionais de enfermagem de um CC de um hospital de Teresina – PI e outro feito com 37 profissionais de enfermagem, também atuantes no CC, de uma instituição hospitalar privada, ambos utilizando o HSOPSC, apontaram que a dimensão “Abertura para comunicação” é considerada frágil por apresentar respostas menos positivas (ABREU IM, et al., 2019; BOHOMOL E e MELO EF, 2019). Também foram apontados que as dimensões “Trabalho em equipe” e “Resposta não punitiva aos erros” também são consideradas frágeis (BOHOMOL E e MELO EF, 2019). Todavia a dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” foi avaliada como área forte nas instituições (ABREU IM, et al., 2019; BOHOMOL E e MELO EF, 2019).

A dimensão “abertura para comunicação” refere-se à liberdade que os profissionais têm para manifestar e apontar aspectos que possam pôr em risco a segurança do paciente. Todavia a literatura mostra uma dificuldade dos profissionais de enfermagem em se posicionarem quando notarem alguma irregularidade, muitas vezes devido à postura do profissional médico que percebe estes alertas como críticas ao seu trabalho (BOHOMOL E e MELO EF, 2019). Há ainda uma possível relação entre a dificuldade para comunicação e a abordagem punitiva dos erros (ABREU IM, et al., 2019). Por isso, devem-se implantar ações que promovam a confiança dos profissionais para agirem proativamente quando perceberem algo de errado, com o intuito de proteger o paciente no cenário de assistência (BOHOMOL E e MELO EF, 2019).

Com relação à resposta não punitiva aos erros cabe ressaltar que a cultura de punição ainda é comum em hospitais no Brasil e no Mundo, e que estudos destacam que os profissionais de saúde referem medo de serem penalizados e por isso não relatam erros ocorridos (BOHOMOL E e MELO EF, 2019). Logo a resposta não punitiva ao erro é importante nos serviços de saúde, já que a busca por culpados não mostrou levar à diminuição dos erros, e sim favoreceu a subnotificação, dificultando a implementação de protocolos que promovam a prevenção de erros (ABREU IM, et al., 2019).

A dimensão “aprendizado organizacional e melhoria contínua” se refere ao entendimento dos fatores que causam erros e extrair lições educativas para melhorar o sistema, o que indica que a gestão das instituições pesquisadas promove uma cultura de aprendizagem, que acaba por sensibilizar os profissionais e estabelece um ambiente de aprendizagem (ABREU IM, et al., 2019; BOHOMOL E e MELO EF, 2019).

Dados coletados utilizando outro instrumento de avaliação da cultura de segurança, o *Safety Attitudes Questionnaire* SAQ, desta vez englobando as outras categorias profissionais, além da enfermagem, que atuam no centro cirúrgico como cirurgiões, anestesistas e médicos, apresentaram que os campos “Percepção da gerência”, “Condições de Trabalho” e “Cultura de Segurança” não atingiram escore satisfatório (CARVALHO PA, et al., 2015; CARVALHO REFL, et al., 2017; DEZORDI CCM, et al., 2020). Enquanto que os campos “Satisfação no trabalho” e “Percepção do Estresse” atingiram resultados satisfatórios (CARVALHO PA, et al., 2015; CARVALHO REFL, et al., 2017). Também foi apontado que a “Comunicação no Ambiente Cirúrgico” alcançou valores positivos (DEZORDI CCM, et al., 2020).

Por fim, evidenciam-se fragilidades nos valores, atitudes, competências e comportamentos que, na perspectiva dos profissionais, determinam baixa cultura de segurança, traduzidos por escores abaixo do satisfatório obtidos com a aplicação do questionário (CARVALHO PA, et al., 2015; CARVALHO REFL, et al., 2017; DEZORDI CCM, et al., 2020).

Adesão ao uso do *checklist* de cirurgia segura

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), ou *checklist* de cirurgia segura, tem três momentos de verificação, sendo elas, a entrada (*sign in*, antes da indução anestésica), a pausa (*time out*, antes da incisão) e a saída (*sign out*, antes de o paciente deixar o centro cirúrgico) (PEREIRA LFML, et al., 2020; RINALDI LC, et al., 2019; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020).

Observa-se uma adesão parcial ao uso da ferramenta, pois a adesão varia conforme as etapas de checagem sendo que a primeira etapa, antes da indução anestésica, foi a que apresentou maior adesão (MAZIERO ECS, et al., 2015; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020). Enquanto que a última etapa, que deve ser feita antes do paciente deixar a sala operatória, foi a que apresentou menor adesão, pois alguns itens de verificação foram negligenciados (RINALDI LC, et al., 2019; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020).

Todavia uma pesquisa sobre a verificação dos itens da entrada, ou seja, antes da indução anestésica constatou que a checagem foi feita, porém não foi feita verbalmente e não teve adesão de toda a equipe, como preconizado pela OMS (MAZIERO ECS, et al., 2015). Há registros de que grande parte das verificações ocorreu de maneira individual e não verbal (RINALDI LC, et al., 2019). Se os itens não forem confirmados verbalmente e foram registrados sem a devida verificação, podem gerar problemas com relação à fidedignidade e veracidade dos registros. Além da possibilidade de provocar aspectos éticos e legais a todos os profissionais da equipe cirúrgica (MAZIERO ECS, et al., 2015).

Os itens da pausa e da saída foram na maioria das vezes negligenciados, com destaque para os itens da saída que tiveram menor adesão quando comparado aos itens da pausa e da entrada (MAZIERO ECS, et al., 2015; RINALDI LC, et al., 2019; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020). Nota-se uma adesão inferior principalmente em relação ao item relacionado aos problemas com equipamentos e à contagem cirúrgica na última etapa do *checklist* (RINALDI LC, et al., 2019; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020). Nas ocasiões em que a contagem cirúrgica foi feita, o procedimento de contagem ocorreu após a saída do paciente da sala de operações, que não é o procedimento recomendado pela LVSC (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020).

Outro estudo apontou que na última etapa, feita antes do paciente deixar a sala de cirurgia, foi observada a adesão à verificação dos itens relativos à documentação do paciente, mas não era feita a contagem de gases, compressas, agulhas e instrumentais cirúrgicos (MAZIERO ECS, et al., 2015). Sendo que essa contagem visa identificar precocemente a retenção de corpos estranhos na cavidade cirúrgica enquanto o paciente ainda está na sala de operação (MAZIERO ECS, et al., 2015; RINALDI LC, et al., 2019).

Uma possível explicação para a baixa adesão à última etapa da LVSC seria devido à saída de membros da equipe cirúrgica da sala de operação antes do término do procedimento, como a saída do cirurgião responsável, além do cansaço da equipe (ELIAS ACGP, et al., 2015; MAZIERO ECS, et al., 2015; RINALDI LC, et al., 2019; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020). Durante a checagem diária da LVSC a equipe cirúrgica completa não estava presente, bem como não prestavam a devida atenção, não interrompiam as demais atividades e não ocorria a participação ativa dos membros da equipe (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020). Enfatizando que, devido à ausência de alguns profissionais da equipe, percebe-se uma dificuldade para finalizar o preenchimento do instrumento (MAZIERO ECS, et al., 2015). A falta de participação da equipe no ato do *checklist* reflete a cultura do trabalho individual bem como a banalização do instrumento, questões que se tornam limitações para a adesão ao *checklist* (RINALDI LC, et al., 2019).

Outro fator importante para a adesão ao *checklist* é a cultura de segurança do paciente inserida na equipe multiprofissional, com início desde a formação dos profissionais, com ações de educação continuada e permanente para toda a equipe (ELIAS ACGP, et al., 2015; RINALDI LC, et al., 2019). Com relação à adesão pelas categorias profissionais, a equipe de enfermagem apresentou maior adesão ao uso da LVSC entre as outras categorias profissionais, enquanto que os cirurgiões demonstraram menor adesão (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020). Contudo o desempenho mais apropriado ocorreu quando os cirurgiões conduziam a checagem, levando em consideração que os outros profissionais interrompiam o restante das atividades, do mesmo modo que todos os membros da equipe estavam presentes, apontando que quando os cirurgiões e os médicos estão ativamente comprometidos o uso da LVSC pode ser bem sucedido (TOSTES MFP, GALVÃO CM, 2020; TOSTES MFP, GALVÃO CM, 2019).

Sobre qualidade do preenchimento do *checklist*, nota-se que após treinamentos envolvendo a equipe cirúrgica e capacitação dos profissionais, houve um aumento significativo na verificação correta do *checklist*, além da ampliação da segurança dos procedimentos cirúrgicos, preenchimento das listas com mais qualidade e maior adesão da equipe para usar a ferramenta (RINALDI LC, et al., 2019; SANTOS EA, et al., 2020). Entretanto análises evidenciaram que após a capacitação da equipe de enfermagem sobre a importância do *checklist* seguro, houve uma diminuição de instrumentos em branco, porém, observou-se um número relevante de instrumentos incompletos (ELIAS ACGP, et al., 2015; RINALDI LC, et al., 2019).

Barreiras e facilitadores para aplicação e adesão ao *checklist*

Os principais facilitadores encontrados em um estudo feito com 91 enfermeiros, de 25 hospitais no Paraná, foram “oferta de educação” e “aceitação pelos cirurgiões”. Já as principais barreiras foram “falta de apoio administrativo”, “ausência do núcleo de segurança do paciente” e “ausência de educação” (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2019).

Pesquisa com uma amostra de 147 enfermeiros associados à Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC) identificou que o preenchimento simples e rápido, além da organização da assistência prestada, foram os principais facilitadores para utilização da ferramenta, enquanto que a falta de participação da equipe foi à principal dificuldade referida pelos participantes (SOUZA RM, et al., 2016). Foi constatado o mesmo em uma pesquisa realizada no interior do Estado de São Paulo, que a falta de adesão da equipe foi a principal dificuldade encontrada para a utilização do protocolo. Com uma amostra de 72 profissionais da saúde, incluindo médicos, cirurgiões, instrumentadores, técnicos e enfermeiros (SANTOS EA, et al., 2020).

Além da falta de participação da equipe, outras dificuldades encontradas foram: emprego de itens com difícil compreensão e ausência de explicação sobre a lista (SANTOS EA, et al., 2020). Nota-se que devido à sobrecarga de trabalho, a falta de tempo também é considerada uma das principais dificuldades para a execução do instrumento (RINALDI LC, et al., 2019; SANTOS EA, et al., 2020).

Todavia a LVSC é uma ferramenta que pode ser preenchida rapidamente sendo assim a falta de tempo, tida com uma barreira para utilização do instrumento, pode acabar sendo intensificado em função da falta de adesão por toda a equipe cirúrgica, propiciando uma sobrecarga de atribuições a um único profissional da equipe (SANTOS EA, et al., 2020).

O processo de implementação do *checklist* é uma intervenção social complexa que geralmente resulta em modificações no processo de trabalho de forma repentina e sem o adequado planejamento. Exigindo mudanças nos hábitos, comportamentos e na perspectiva dos profissionais em relação à LVSC e a segurança do paciente. Sendo assim podem surgir barreiras como cultura institucional resistente à mudança, principalmente nos profissionais mais experientes (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2019).

Estudo norte americano constatou que um programa de implementação bem-sucedido deve ser planejado por todas as categorias profissionais, além de oferecer uma variedade de estratégias para educação (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020). Sendo assim, as instituições podem ajustar e adaptar o instrumento, bem como o seu design para torná-lo mais atrativo e operacional para utilização, o integrando no fluxo de trabalho da equipe (SANTOS EA, et al., 2020; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2019).

Em um estudo os participantes indicaram que houve a realização de um programa educacional antes da introdução da LVSC, contudo ele foi oferecido exclusivamente para a equipe de enfermagem. A educação é um elemento essencial e considerado um facilitador para a implementação da LVSC, mas deve principalmente envolver todas as categorias profissionais. Porém, a educação pode vir a se tornar uma barreira, devido a questões como diversidade de estratégias educativas que podem ser usadas, envolvimento e participação de apenas algumas categorias profissionais, assim como a ausência de um processo educacional (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020).

Para subsidiar o processo de educação, é recomendado que o mesmo seja feito sob a tríade: conversa informal com cada membro da equipe cirúrgica; treinamento para cada membro da equipe cirúrgica antes do uso efetivo da LVSC; treinamento continuado e orientação *in loco* (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2019).

Ainda que a LVSC apresente benefícios em potencial, também possui limitações e ressalvas. Pois quando a etapa da LVSC é omitida, e acabam não ocorrendo danos para o paciente, o uso inadequado é facilmente incorporado pela equipe. E nessas situações a ferramenta pode ser considerada uma barreira de segurança fraca, por estar sujeita à normalização do desvio (TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2020; TOSTES MFP e GALVÃO CM, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura de segurança apresenta várias dimensões fragilizadas e algumas fortes, como aprendizado organizacional e melhoria contínua. Quanto à adesão ao uso do *checklist*, há uma adesão maior aos itens da entrada e uma menor adesão aos itens da pausa e saída. As principais barreiras identificadas foram: falta de apoio administrativo, ausência de educação, falta de participação e adesão da equipe. Os principais facilitadores foram: aceitação pelos cirurgiões, oferta de educação, participação e adesão de toda a equipe. Alguns estudos não investigaram a cultura de segurança e a adesão ao *checklist* entre todas as categorias profissionais da saúde, englobando somente a enfermagem, considerado uma limitação do presente estudo. Ressaltando a importância de novos estudos que incluam todas os profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. ABREU IM, et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2019; 40(esp): e20180198.
2. BOECKMANN LMM, RODRIGUES MCS. Adaptação e validação de checklist de segurança cirúrgica na cesárea. Texto Contexto Enfermagem, 2018; 27(3): e2780017.
3. BOHOMOL E, MELO EF. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. Revista SOBECC, 2019; 24(3): 132-138.
4. CARVALHO PA, et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2015; 23(6): 1041-1048.
5. CARVALHO REFL, et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2017; 25: e2849.
6. DEZORDI CCM, et al. Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. Revista Cogitare Enfermagem, 2020; 25: e65577.
7. DEZORDI CCM, STUMM EMF. Atitudes de segurança de uma equipe antes e após a implantação do checklist de cirurgia segura. Revista de Enfermagem UFPE Online, 2018; 12(3): 816-9.
8. ELIAS ACGP, et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. Revista SOBECC, 2015; 20(3): 128-133.
9. GIANNATTASIO MB, TANIGUCHI FP. Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. Revista SOBECC, 2016; 21(3): 125-131.
10. GUTIERRES LS, et al. Adesão aos objetivos do programa cirurgias seguras salvam vidas: perspectiva de enfermeiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2019; 27: e3108.
11. GUTIERRES LS, et al. Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018; 71(suppl 6): 2775-82.
12. MAZIERO ECS, et al. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015; 36(4): 14-20.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. ANVISA; 2014.
14. PEREIRA LFML, et al. Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura. Revista de Enfermagem UFPE Online, 2020; 14: e242554.
15. RIVALDI LC, et al. Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. Revista SOBECC, 2019; 24(4): 185-192.
16. SANTOS EA, et al. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimentos e desafios para a equipe do centro cirúrgico. Enfermería Actual de Costa Rica, 2020; (38): 75-88.
17. SILVA VR, et al. Desafios na utilização do checklist de cirurgia segura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019; 11(16): e1472.
18. SOUZA RM, et al. Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. Revista SOBECC, 2016; 21(4): 192-197.
19. TOSTES MFP, GALVÃO CM. Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. Revista SOBECC, 2020; 25(4): 204-211.
20. TOSTES MFP, GALVÃO CM. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2019; 40(esp): e20180180.