

LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

LIMITATIONS AND POSSIBILITIES IN IMPLEMENTING THE SURGICAL SAFETY CHECKLIST

LIMITACIONES Y POSIBILIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Luan José Maciel dos Santos¹
 Natasha Marques Frota²
 Maria Rosiani Correia³
 Gabriela Fernandes Silva⁴
 Maria Helane Rocha Batista Gonçalves⁵
 Meyssa Quezado de Figueiredo Cavalcante⁶
 Eysler Gonçalves Maia Brasil⁷

¹ Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela UNILAB.

² Enfermeira e Professora Adjunta da UNILAB. Doutora em Enfermagem pela UFC.

³ Enfermeira. Enfermeira da Sala de Recuperação Pós-anestésica do HGF. Especialista em Terapia Intensiva.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UNILAB. Redenção, Brasil. ORCID: 0000-0002-9278-1494

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências Médico-Cirúrgicas pela UFC. Coordenadora da CME do HGWA.

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências Médico-Cirúrgicas pela UFC.

⁷ Enfermeira e Professora Adjunta da UNILAB. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE.

Eysler Gonçalves Maia Brasil

Rua José Franco de Oliveira, s/n. CEP: 62.790-970. Cidade: Redenção-CE. Brasil. Fone: +55 (85)985197810. E-mail.: eyslerbrasil@unilab.edu.br.

Submissão: 18-10-2022

Aprovado: 16-06-2023

RESUMO

Objetivo: Identificar através de acervo literário as possibilidades e limitações na implementação da lista de verificação cirúrgica, pela equipe de multiprofissional, com o enfoque na enfermagem. **Método:** Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura. A questão da pesquisa foi “quais as limitações e possibilidades no processo de implementação da lista, pela perspectiva da equipe de enfermagem, na prática dos serviços de saúde?”. A busca dos artigos foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2021, através das bases de dados LILACS, SciELO, BDENF, PUBMED/MEDLINE e SCOPUS. Para a busca dos artigos, utilizaram-se as seguintes combinações dos Decs: “Enfermagem Perioperatória”; “Lista de checagem” e “Segurança do paciente”. Os critérios de inclusão: artigos originais disponíveis na íntegra em idioma português e publicados no período de 2016 a 2021. Os de exclusão foram: duplicidade nas bases de dados, monografias, dissertações e teses. No total foram encontrados 171 artigos, após aplicação dos critérios a amostra foi de 16 artigos. **Resultado:** Evidenciou-se duas categorias apresentando as características das limitações e possibilidades de implementação da lista. Foram identificadas seis subcategorias sendo três limitações: falta de adesão da equipe multiprofissional; preenchimento incorreto de informação; falta de capacitação profissional e três possibilidades: envolvimento da equipe multiprofissional; capacitação para o preenchimento correto e adaptação de lista de verificação. **Conclusão:** Os dados permitirão uma reflexão sobre o processo de implementação, que poderá contribuir para criação de estratégias no enfrentamento de limitações deste processo, criando métodos e possibilidades que irão promover a adesão deste instrumento.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Lista De Checagem; Segurança Do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify, through a literary collection, the possibilities and limitations in the implementation of the surgical checklist, by the multidisciplinary team, with a focus on nursing. **Method:** This was an integrative literature review. The research question was “what are the limitations and possibilities in the process of implementing the list, from the perspective of the nursing team, in the practice of health services?”. The search for articles was carried out in February and March 2021, through the LILACS, SciELO, BDENF, PUBMED/MEDLINE and SCOPUS databases. To search for articles, the following combinations of Decs were used: “Perioperative Nursing”; “Checklist” and “Patient safety”. Inclusion criteria: original articles available in full in Portuguese and published from 2016 to 2021. Exclusion criteria were: duplicity in databases, monographs, dissertations and theses. A total of 171 articles were found, after applying the criteria the sample was 16 articles. **Result:** Two categories were evidenced, presenting the characteristics of the limitations and possibilities of implementing the list. Six subcategories were identified, with three limitations: lack of adherence by the multidisciplinary team; incorrect filling of information; lack of professional training and three possibilities: involvement of the multidisciplinary team; training for correct completion and adaptation of the checklist. **Conclusion:** The data will allow a reflection on the implementation process, which may contribute to the creation of strategies to face the limitations of this process, creating methods and possibilities that will promote adherence to this instrument. **Keywords:** Perioperative Nursing; Check list; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, a través de una colección literaria, las posibilidades y limitaciones en la implementación de la lista de verificación quirúrgica, por el equipo multidisciplinario, con enfoque en enfermería. **Método:** Esta fue una revisión integrativa de la literatura. La pregunta de investigación fue “¿cuáles son las limitaciones y posibilidades en el proceso de implementación de la lista, desde la perspectiva del equipo de enfermería, en la práctica de los servicios de salud?”. La búsqueda de artículos se realizó en febrero y marzo de 2021, a través de las bases de datos LILACS, SciELO, BDENF, PUBMED/MEDLINE y SCOPUS. Para la búsqueda de artículos se utilizaron las siguientes combinaciones de Decs: “Enfermería perioperatoria”; “Lista de verificación” y “Seguridad del paciente”. Criterios de inclusión: artículos originales disponibles en su totalidad en portugués y publicados entre 2016 y 2021. Los criterios de exclusión fueron: duplicidad en bases de datos, monografías, disertaciones y tesis. Se encontraron un total de 171 artículos, después de aplicar los criterios la muestra fue de 16 artículos. **Resultado:** Se evidenciaron dos categorías, presentando las características de las limitaciones y posibilidades de implementación de la lista. Se identificaron seis subcategorías, con tres limitaciones: falta de adherencia por parte del equipo multidisciplinario; llenado incorrecto de información; falta de formación profesional y tres posibilidades: implicación del equipo multidisciplinario; formación para la correcta cumplimentación y adaptación del checklist. **Conclusión:** Los datos permitirán una reflexión sobre el proceso de implementación, lo que podrá contribuir a la creación de estrategias para enfrentar las limitaciones de este proceso, creando métodos y posibilidades que promuevan la adhesión a este instrumento.

Palabras clave: Enfermería Perioperatoria; Lista de Verificación; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que mortes por erros ou complicações resultantes da assistência, desencadearam o início de um movimento mundial com objetivo de promover a segurança do paciente, definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde⁽¹⁾. Estes, evidenciam riscos, como interações medicamentosas que trazem diversos efeitos colaterais ao paciente, técnicas/manobras que possam lesionar o paciente, diagnósticos errôneos que atrasam ou até inviabilizam a recuperação do cliente, dentre outros.

A segurança no processo clínico é direcionada na tentativa de minimizar quaisquer danos causados por procedimentos invasivos ou errôneos sendo a causa de milhares de óbitos por ano, um exemplo deste desenvolvimento tecnológico seriam as técnicas relacionadas ao manejo cirúrgico, aparatos tecnológicos com melhor eficácia e eficiência, tanto em procedimento cirúrgico quanto na recuperação do paciente, além disso, há também a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), esta lista proporciona segurança ao paciente durante o período perioperatório, acarretando consigo mais confiabilidade durante o processo cirúrgico⁽²⁾.

A OMS descreve que o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi criado pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo⁽²⁾.

Segundo Toste a LVSC teve sua primeira aparição no programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, o qual destaca quatro bases para a assistência cirúrgica segura, estes são: 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⁽³⁾. O autor evidenciou que o Brasil, em 2013, endossou esta iniciativa, por meio da Portaria nº 1.377 do Ministério da Saúde, que iniciou o protocolo da Cirurgia Segura a ser implementado pelos serviços de saúde como parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Além disso, em 2013 houve a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, na qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses serviços. Esta resolução traz o desenvolvimento de estratégias e ações pré-estabelecidas dentro do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Pereira, relata que uma iniciativa tomada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo em vista a ocorrência de eventos adversos com alta incidência e, em média, 50% destes são evitáveis⁽⁴⁾.

A OMS, com o auxílio de colaboradores de diversos países, desenvolveu uma lista de verificação cirúrgica (checklist) a ser usada no período transoperatório, guiada por três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração do impacto⁽⁵⁾. A LVSC é um instrumento desenvolvido pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) com a finalidade de reduzir ocorrências que possuem origem de intervenção clínica no campo cirúrgico/anestésico, como troca de cirurgias com paciente com nomes semelhantes, sítio cirúrgicos demarcados de forma errônea, alergias não identificadas no paciente, uso de antibioticoterapia não adequada.

A lista veio com o objetivo de trazer mais segurança ao paciente e aos profissionais, contendo dentro de sua estrutura, tópicos direcionados ao paciente antes, durante e depois da cirurgia. Este mostra como proceder com o paciente incluindo o mesmo na dinâmica do processo cirúrgico, sendo direcionado a respeito do autoconhecimento sobre o próprio processo de diagnóstico e tratamento, uma vez que o mesmo identifica para a equipe profissional o porquê da cirurgia, qual processo cirúrgico será realizado e a finalidade do mesmo, faz-se necessário que a equipe que atua no centro cirúrgico (CC) reconheça a importância desse instrumento, tenha conhecimento sobre cada uma de suas etapas e esteja envolvida com a sua implantação⁽⁶⁾.

Segundo Tostes a LVSC possui fases do procedimento anestésico-cirúrgico: período anterior à indução anestésica (sign in), período anterior à incisão cirúrgica (time out) e período imediatamente após o fechamento da incisão cirúrgica (sign out)⁽³⁾. Cada fase contém itens específicos. O “checklist” da cirurgia segura é considerado uma ferramenta capaz de prevenir falhas nos processos assistenciais, diminuindo complicações e o tempo de permanência no hospital, além de contribuir para redução da

mortalidade dos pacientes em procedimentos cirúrgicos. Este instrumento traz a confiabilidade do serviço prestado, uma vez que a assistência de enfermagem toma destaque nos registros realizados, tornando-se um espelho do processo cirúrgico⁽⁷⁾.

A sistematização da assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é destaque neste setor, pois o enfermeiro assume o papel da gestão dentro do centro cirúrgico, tanto na condução do paciente quanto no insumo de materiais, este tem o papel fundamental no desenvolvimento efetivo do procedimento cirúrgico. Assim, organizando o trabalho quanto ao método, aos recursos humanos e aos instrumentos, tornando possível a realização do processo de enfermagem. Ademais, permite implementar, na prática assistencial, seus conhecimentos técnicos científicos e de humanização⁽⁸⁾.

Entendendo a importância deste assunto e a sua relevância para a prática de segurança do paciente, assim como as lacunas presentes na temática abordada, este trabalho visou promover diálogos e reflexões na contribuição do processo de implementação da LVSC. O objetivo do estudo foi identificar através de acervo literário as possibilidades e limitações na implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, pela equipe de multiprofissional, com um enfoque na enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico com o método de revisão integrativa da literatura. A

revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática⁽⁹⁾.

A revisão integrativa da literatura é dividida em seis fases que são: primeira fase (Identificação do tema e pergunta norteadora), segunda fase (Critérios de inclusão/ exclusão/ amostragem), terceira fase (Categorização dos estudos), quarta fase (Avaliação dos estudos incluídos na revisão), quinta fase (Interpretação dos resultados), sexta fase (Apresentação da revisão)⁽¹⁰⁾.

1º Fase: Identificação do tema e pergunta norteadora

A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional, valores e preferências do paciente ao cuidado prestado. A questão de pesquisa norteadora desta revisão integrativa é “quais as limitações e possibilidades no processo de implementação da LVSC, pela perspectiva da equipe de enfermagem, na prática dos serviços de saúde?”

2º Fase: Critérios de Inclusão/ Exclusão/Amostragem

A busca e seleção dos estudos científicos foi realizada durante os meses de fevereiro e março de 2021. A pesquisa foi realizada através das bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde),

SciELO (Scientific Electronic Library Online), BDENF (Base de Dados em Enfermagem) PUBMED/MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SCOPUS (SciVerse Scopus). A partir desta, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) nos idiomas português, inglês e espanhol “Enfermagem Perioperatória”; “Lista de checagem” e “Segurança do paciente” Utilizaremos o operador booleano AND para obter melhores resultados.

Os critérios de inclusão foram artigos completos e disponíveis na versão eletrônica online que abordassem a temática do estudo, publicados em português, espanhol e inglês datados no período de 2016 a 2021, contemplando um levantamento de estudos mais recentes. Os critérios de exclusão foram produções acadêmicas que não apresentassem o modelo de artigos científicos, estudos de revisão ou relatos de caso, que não atendessem aos critérios de inclusão ou a temática abordada.

3º Fase: Categorização dos Estudos

Para análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foi utilizado um instrumento de coleta de dados que facilitou a identificação do artigo. Foi identificado pelo código (ex:1A), título do artigo, autores, ano de publicação, objetivo, principais resultados/discussões e conclusões. A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro e março de 2021 e concretizou-se a partir de um formulário estruturado, validado por Ursi e adaptado para as peculiaridades das questões norteadoras selecionadas⁽¹¹⁾. O instrumento



destaca-se com base categórica para a codificação e organização dos achados presente nos artigos, o mesmo formula uma versão simplificada contendo número do estudo, título, autores, ano de publicação, objetivo, principais resultados/discussão e conclusão.

4º Fase: Avaliação dos Estudos Incluídos na Revisão

A apresentação dos resultados e discussão dos dados foi feita de forma descritiva, cujo método possibilita a avaliação da aplicabilidade deste estudo, de forma a atingir o objetivo desta revisão integrativa.

5º Fase: Interpretação dos Resultados

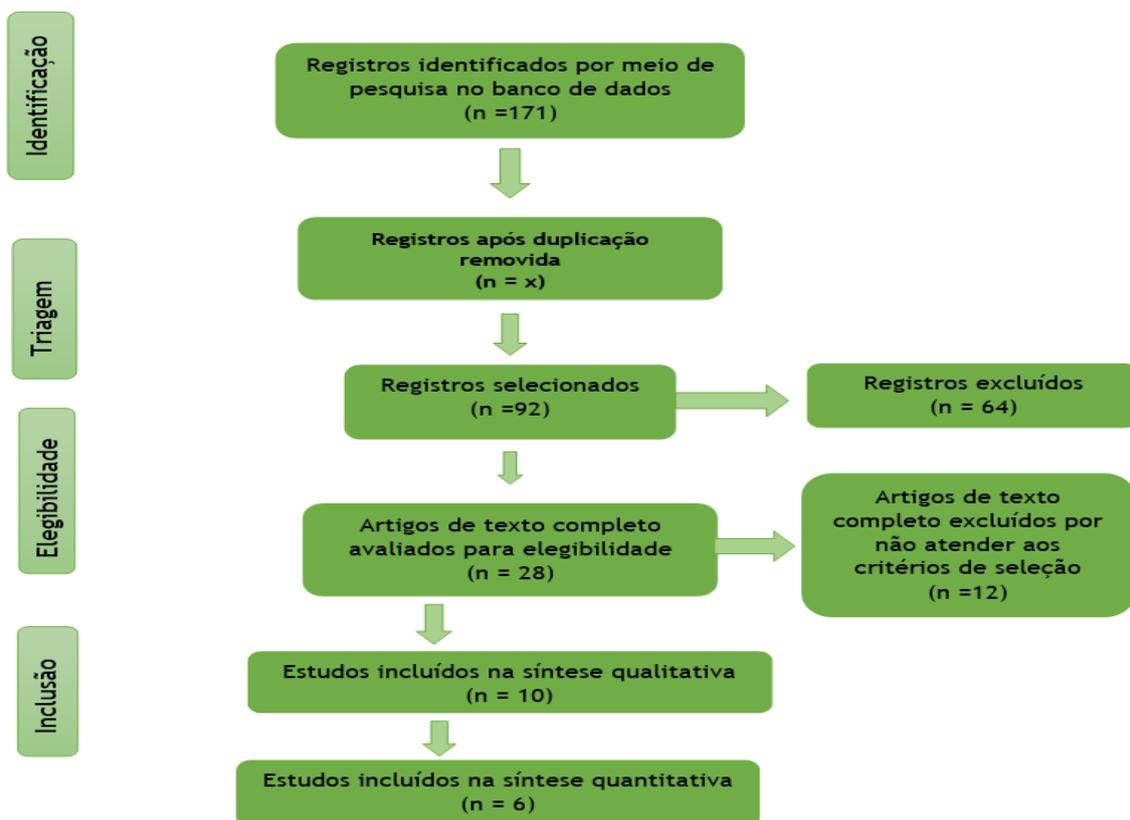
Formulou-se a discussão dos artigos identificando os principais cuidados e elaborou-se as categorias temáticas que emergiram destes artigos.

6º Fase: Apresentação da Revisão Integrativa

A apresentação da revisão integrativa está disposta no item de resultados e discussões. Nesta fase optou-se por elaborar quadros que classificassem os artigos por números utilizados na revisão, onde os mesmos fazem menção a metodologia e objetivo dos estudos.

O estudo respeitou os princípios éticos e legais da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que envolvem pesquisas com informações de domínio público.

Figura 01 - Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metanalyses* (PRISMA 2009).



Nas bases de dados foram encontradas 171 publicações potencialmente selecionáveis, em seguida foram selecionados artigos dos últimos 5 anos, com textos completos, disponível em inglês, português e espanhol e foram selecionados 92, e dos artigos que apresentaram nos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 28 artigos para leitura na íntegra, após a remoção dos artigos duplicados, foram

selecionados 16 artigos para leitura na íntegra, dentre estes sendo 9 qualitativos e 7 quantitativos.

Foi utilizado o entrecruzamento entre dois descritores com operador booleano (AND) nas bases de dados SCIELO e SCOPUS devido a inclusão de maior número de artigos dentre estes observados. Na figura 02 encontra-se os resultados de acordo com cada etapa descrita.

Tabela 01 - Seleção dos estudos de acordo com as bases de dados, entrecruzamento com o OB (AND), texto completo, critérios de inclusão e exclusão. Maracanaú-CE, 2021.

| Base de dados | Entrecruzamento com o Operador Booleano (AND) | Textos Completos | Crítérios Inclusão | de Exclusão dos artigos duplicados |
|---------------|---|------------------|--------------------|------------------------------------|
| LILACS | 19 | 13 | 9 | 6 |
| BDENF | 22 | 16 | 11 | 3 |
| SCOPUS | 79 | 23 | 4 | 3 |
| PUBMED | 50 | 39 | 3 | 3 |
| SCIELO | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | 171 | 92 | 28 | 16 |

Tabela 02 - Seletiva dos artigos para revisão de acordo com o código, autores, título, objetivo, base de dados, ano e periódico. Maracanaú-CE, 2021.

| C | Autores | Título | Base | Ano | Periódico |
|----|--|--|--------|------|--------------------------------------|
| 1A | Silva AGN, Silva FAA | Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo | BDENF | 2017 | Rev. Enferm. UFPI |
| 2A | Thekla H, Anne V, Randi B | A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing | SCOPUS | 2020 | Nurs Open. |
| 3A | Pereira LFML, Oliveira SAR, Gomes GG | Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura | BDENF | 2020 | Rev. Enferm. UFPE online |
| 4A | Rogers J, McLeish P, Vereador J. | Perioperative nurses' engagement with the surgical safety checklist: A focused ethnography | SCOPUS | 2020 | Revista de Enfermagem Perioperatória |
| 5A | Santos EA, Domingues AN, Eduardo AHA | Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico | SCIELO | 2021 | Enferm. actual Costa Rica (Online) |
| 6A | Silva AMR, Silva ITC, Rocha GS, Teixeira E | Protocolo de cirurgia segura: análise da produção e execução em dois hospitais terciários | LILACS | 2020 | Rev. SOBECC |
| 7A | Tostes MFP, Galvão CM | Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais | LILACS | 2020 | REV.SOBECC |

| | | | | | |
|-----|--|---|--------|------|--|
| 8A | Rinaldi LC, Matilde JD, Prata RA, Castro BA, Garcia de Avila M | Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas | LILACS | 2019 | Rev. SOBECC |
| 9A | Tostes MFP, Galvão CM | Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem | LILICS | 2019 | Rev. Gaúch. Enferm |
| 10A | Dezordi CCM, Stumm EFM | Atitudes de segurança de uma equipe antes e após a implantação do checklist de cirurgia segura | BDENF | 2018 | Rev. Enferm. UFPE online |
| 11A | Willassen ET, Jacobsen ILS, Tveiten S | Safe surgery checklist, patient safety, teamwork, and responsibility-coequal demands? A focus group study | PUBMED | 2018 | Glob Qual Nurs Rev. |
| 12A | Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS | Cirurgia segura: validação de listas de verificação pré e pós-operatórias | PUBMED | 2017 | Rev Lat Am Enfermagem. |
| 13A | O'Brien B, Graham MM, Kelly SM | Explorando o uso da lista de verificação de segurança da OMS pelos enfermeiros do ambiente Perioperatório | SCOPUS | 2017 | Journal of nursing Management |
| 14A | Oliveira Junior NJ, Magalhães AMM | Difficulties in the application of the surgical checklist: A qualitative study of a restorative ecological | SCOPUS | 2017 | Jornal Brasileiro Online de Enfermagem |
| 15A | Souza RM, Araújo MGS, Veríssimo RCSS, Comassetto I, Ferreira FAS, Bernardo THL | Aplicabilidade de checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares | LILACS | 2016 | Rev. SOBECC |
| 16A | Giannattasio MB, Taniguchi FP | Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público | BDENF | 2016 | Rev. SOBECC |

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os resultados observados categorizou-se as temáticas abordadas e que respondem à questão norteadora em duas categorias, esta por sua vez apresenta-se em subcategorias para uma melhor apresentação dos resultados.

Categorização 01: Limitações na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica

Observou-se nesse estudo que um fator pioneiro que possa gerar limitações na implementação da LVSC seria a falta de inclusão/adesão dos profissionais da equipe multiprofissional, observou-se nos artigos (5A⁽¹²⁾, 7A⁽¹³⁾, 11A⁽¹⁴⁾, 13A⁽¹⁵⁾ e 14A⁽¹⁶⁾) que o enfermeiro ou até membros da equipe de

enfermagem são vistos como os profissionais “mais” responsáveis pela adesão deste instrumento, isto é, aliado ao gerenciamento presente na prática de enfermagem. Sendo assim, não se observou nos estudos referidos a inclusão e a participação ativa dos demais profissionais da equipe na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica. Segundo o estudo 7A⁽¹³⁾, a falta de participação ativa dos membros da equipe contraria um dos objetivos da LVSC uma vez que a comunicação efetiva contribui para o cuidado cirúrgico, isto muda a forma como os membros da equipe cirúrgica interagem uns com os outros e com os pacientes. “A qualidade da equipe de trabalho depende de sua cultura e de seus padrões de comunicação, bem como das habilidades médicas e da consciência dos



membros da equipe sobre os riscos envolvidos⁽²⁾”.

Evidenciou-se nos estudos que os demais profissionais ainda apresentam resistência quando se trata da inclusão de um novo instrumento, estes acusam como um aumento de carga e pressão no trabalho, como visto no artigo 6A⁽⁵⁾ e 13A⁽¹⁵⁾, os profissionais associam a carga de trabalho já exercida com o acréscimo de um novo instrumento, além disso, remetem a cobrança aos demais profissionais como um fator de estresse que excede o trabalho já realizado. Os autores do estudo 9A⁽¹⁷⁾ fortalecem o estudo 13A⁽¹⁵⁾, quando descreve que a introdução de novos instrumentos, se dá de forma abrupta, destacando a necessidade de planejamento e organização para uma adesão mais favorável. Contudo, este viés já era previsto pela OMS, que defende dentro de seu primeiro princípio a simplicidade, a organização buscou formular uma lista mais prática, que não fosse exaustiva de padrões e orientações que poderiam criar um fardo pois, tal complexidade seria difícil de usar e expressar e provavelmente enfrentaria resistência⁽²⁾. O apelo da simplicidade nesse cenário torna-se necessário.

Ademais, observou-se no estudo 13A⁽¹⁵⁾, na fala dos profissionais de saúde, os estigmas do aumento de trabalho bem como os desafios de uma nova demanda, criam barreiras e tensões entre as equipes, este por vezes presenciadas durante o processo cirúrgico. Apesar da falta de adesão elevada nos estudos anteriores evidenciou-se nos artigos 4A⁽¹⁸⁾ e 10A⁽¹⁹⁾, que a equipe de enfermagem toma a frente nas práticas

iniciais do processo da LVSC, conduzindo a organização da “papitada” com antecedência. Segundo a OMS com o objetivo de implementar a lista de verificação durante a cirurgia, um único membro da equipe deve ser responsável pela verificação da lista. Esta função de coordenar a lista de verificação; será habitualmente realizada pelo enfermeiro circulante, mas poderá ser por qualquer outro membro da equipe que deseje participa na operação⁽²⁾.

Notou-se nos artigos 3A⁽⁴⁾, 7A⁽¹³⁾, 11A⁽¹⁴⁾, 16A⁽²⁰⁾, que outro fator que gera viés durante o processo de aplicação da LVSC são as falhas no preenchimento ou omissão das informações encontrada na subcategoria 2, estes são relatados como consequências de atos como, falhas na comunicação, saída de membros da equipe da sala de operação antes ou durante a conclusão da lista, preenchimento errôneo ou insuficiente da lista, que por sua vez deveriam constar na mesma. Além disso, relatou-se ainda nos estudos 13A⁽¹⁵⁾ e 14A⁽¹⁶⁾, a resistência dos profissionais quanto à participação na lista, visto não apenas do lado pessoal e profissional que a executava, mas também os membros da equipe multiprofissional que por vezes não compreendia o registro ou negavam-se a participar fornecendo informação para a conclusão da lista.

As práticas de omissão contrariam o processo de implantação proposto pela OMS visto que o checklist traz o princípio da ampla aplicabilidade executando padrões mínimos que possam garantir a segurança do paciente. Segundo o estudo 7A⁽¹³⁾, quando há a omissão de

informação na LVSC, sem ocorrer danos para o paciente, o uso inadequado torna-se um hábito incorporado pela equipe, nessas circunstâncias, essa ferramenta pode ser considerada uma barreira de segurança fraca. Além disso, observou-se nos artigos 4A⁽¹⁸⁾ e 16A⁽²⁰⁾ que a saída dos profissionais da sala da operação, na busca de insumos devido ao preparo inadequado, perda do foco com conversas paralelas, execução de outras tarefas e acesso a aparelhos eletrônico, gerava falhas na comunicação, consequentemente gerando fatores de incerteza. Segundo o artigo 3A⁽⁴⁾, notou-se que nas cirurgias de pequeno porte a omissão de informações era gerada pela análise prática dos profissionais, visto que não eram realizadas algumas perguntas cujo mesmos consideravam irrelevantes.

Relataram-se nos artigos 7A⁽¹³⁾, 14A⁽¹⁶⁾ e 15A⁽²¹⁾ que a falta de capacitação dos profissionais para a execução da LVSC encontrada na categoria 3, se tornava uma espécie de barreira para uma melhor atuação, neste, é descrito como um sentimento de frustração devido à ausência de um processo educacional, a falta de colaboração entre os colegas de equipe e pela falta de explicações a respeito da LVSC. Relatou-se ainda no estudo 9A⁽¹⁷⁾, que dentre as barreiras na implementação estavam a ausência de programas educativos, falta de apoio das chefias de cirurgia, anestesia e enfermagem, ausência de monitoramento de prática de uso e descrença sobre os benefícios da LVSC por membros da equipe. Isto gera lacunas, causando inseguranças nos profissionais e

consequentemente erros durante o processo. Evidenciaram-se nos artigos 5A⁽¹²⁾ e 15A⁽²¹⁾, que apesar dos profissionais possuírem um conhecimento a respeito da LVSC, ficavam a desejar quando se tratava de um conhecimento mais profundo ou o preenchimento da mesma. Isto é reforçado no artigo 1A⁽²²⁾ que traz em seu estudo que a equipe técnica apesar de afirmar que sabia preencher a LVSC, possuía pouco conhecimento a respeito da mesma.

Categorização 02: Possibilidades na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Entende-se neste estudo as possibilidades como alternativas, meios e adaptações que gerem uma melhor atuação/execução da LVSC.

Subcategoria 1: Inclusão/envolvimento da equipe multiprofissional na implementação da lista.

Evidenciaram-se nos artigos 3A⁽⁴⁾, 5A⁽¹²⁾, 7A⁽¹³⁾, 11A⁽¹⁴⁾, 13A⁽¹⁵⁾ e 16A⁽²⁰⁾, que o envolvimento dos profissionais da equipe multiprofissional desde a implementação até a aplicação da lista, eleva a adesão prestada pelos profissionais, a execução do mesmo envolvem etapas em que todos os profissionais estão incluídos. A OMS defende que o trabalho em equipe é a base fundamental para um sucesso eficaz pois, dentro do processo cirúrgico, onde as tensões entre os membros pode ser alta, o trabalho em equipe torna-se um componente vital para a prática segura⁽²⁾.

Segundo o artigo 2A⁽²³⁾ as diferentes complexidades e necessidade do paciente na sala

cirúrgica requer um trabalho interdependente presente na equipe para atender o paciente como um todo, evitando possíveis eventos adversos. Observou-se no estudo 13A⁽¹⁵⁾ através do discurso de um participante, a necessidade de inclusão da equipe multiprofissional na implementação, tendo como base o despertar do interesse nos mesmos.

Ademais evidenciou-se no artigo 5A⁽¹²⁾ que o envolvimento da equipe multiprofissional é um elemento chave no desenvolvimento prospectivo da adesão e assistência perioperatória. Além disso, notou-se no artigo 7A⁽¹³⁾ que o contexto de cirurgia segura entrelaça por meio da comunicação onde, a base de cuidado centrado no paciente e gerado pelo por esta mesma comunicação da equipe e o paciente. Isto é reforçado no artigo 16A⁽²⁰⁾ onde a valorização da comunicação é destacada como um fator que evita fatores de incerteza.

Subcategoria 2: Treinamento/capacitação da lista de verificação de segurança cirúrgica.

A capacitação da lista é um fator que gera diferencial nos resultados, os profissionais que passam a compreender o processo realizam o registro de forma eficaz e correta. A proficiência deste mesmo instrumento projeta um processo anestésico-cirúrgico com maiores chances de sucesso, trazendo segurança ao paciente. Observou-se isto nos artigos 3A⁽⁴⁾, 5A⁽¹²⁾, 7A⁽¹³⁾ e 11A⁽¹⁴⁾. Notou-se no artigo 8A⁽²⁴⁾, que a parte técnica da equipe se destacava na adesão da LVSC, cabendo assim ao enfermeiro promover ações educativas a fim de desconstruir barreiras para adesão e contribuir para o empoderamento

da equipe. Segundo a SOBECC, a SAEP é o alicerce do cuidado durante o processo transoperatório, esta sistematização possui as adaptações das práticas de enfermagem buscando a satisfação das necessidades do paciente no cuidado cirúrgico⁽⁸⁾.

Segundo os autores do estudo 3A⁽⁴⁾, a capacitação correta dos profissionais e o bom relacionamento entre a equipe multiprofissional torna o trabalho mais eficaz, principalmente tratando-se da segurança do paciente. Observou-se no artigo 13A⁽¹⁵⁾ através dos participantes que para o uso do LVSC deve ser realiza com planejamento adequado onde as equipes médicas e de enfermagem recebam treinamento afim de reforçar a importância da mesma e incentivos do seu uso, contribuindo para mudanças da cultura de segurança nas instituições. Segundo o artigo 1A⁽²²⁾, a perspectiva dos profissionais de saúde a respeito do checklist deve ir além de itens a serem preenchidos, este dever ser incorporado como uma estratégia diminuirá a ocorrência dos eventos adversos no centro cirúrgico e, conseqüentemente, irá melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico.

Subcategoria 3: Adaptação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Nos artigos 3A⁽⁴⁾, 5A⁽¹²⁾, 7A⁽¹³⁾ e 12A⁽²⁵⁾, relatam a importância da adaptação da LVSC, nestes, as peculiaridades de cada processo cirúrgico passam a ter um registro diferenciado (cujo objetivo seria atender a demanda necessitada pois, os processos cirúrgicos possuem suas especificidades, necessidades de urgências e processos que geram mudanças. As

adaptações da lista passam a ter uma maior adesão visto a melhoria na compreensão e manejo clínico para um registro eficaz. A busca por estratégias se torna cada vez mais necessária para um favorecimento na implementação. Ademais, o estudo 5A⁽¹²⁾ reforça os demais, descrevendo que a necessidade da adaptação de LVSC é uma consequência prática nas instituições, devido a demanda da complexidade exercida em cada processo cirúrgico.

Este contexto é fortemente observado, quando relacionado as práticas de segurança na Pandemia por COVID-19, Oliveira traz que a adaptação da lista de verificação tornou-se um instrumento prático, sendo utilizado como ferramenta na organização do atendimento em procedimentos cirúrgicos de pacientes COVID-19, otimizando o gerenciamento do cuidado e uso de recursos físicos/humanos⁽¹²⁾. A implementação da LVSC deve seguir os protocolos apresentados pela OMS para garantir uma padronização mínima necessária que possam refletir uma perspectiva positiva nos futuros resultados, porém a mesma defende que a LVSC seja aproveitada em sua capacidade máxima podendo até ser modificada para uma melhor adaptação e atendimento do perfil necessário⁽²⁾.

Segundo o artigo 5A⁽¹²⁾, o feedback dos profissionais adentra de forma complementar a LVSC, onde o ato prático desta implementação, evidencia as lacunas presentes na mesma. Observou-se ainda no artigo 7A⁽¹³⁾ que o acompanhamento, o feedback, o apoio e o treinamento continuado complementam a

terceira parte da aprendizagem para uso efetivo, longínquo e contínuo da LVSC. Os feedbacks dos profissionais de saúde são necessários pois, através destes as melhores estratégias surgem com a finalidade de aprimorar o próprio instrumento, além disso traz segurança na melhoria da prática, que com o tempo torna-se habitual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos achados literários foram identificadas as limitações, sendo elas a falta de adesão da equipe multiprofissional, falta de treinamento profissional, preenchimento incorreto/omissão de informações, assim como as possibilidades sendo o envolvimento da equipe multiprofissional, capacitação profissional e adaptações da lista de verificação.

A lista de verificação de segurança cirúrgica apresenta-se como um instrumento que busca trazer mais segurança aos profissionais, entretanto sua estruturação prática ainda causa estranheza entre seus usuários, a mesma enfrenta desafios que estão correlacionados como falta de adesão dos profissionais muitas vezes evidenciado pela mudança de cultura no processo cirúrgico, preenchimento incorreto devido à falta de capacitação, preparo incorreto da sala operatória, ausência de foco durante o processo cirúrgico, uso de aparelhos eletrônicos entre outros, e a falta de capacitação, causando sentimentos como a frustração, fator que desenvolve resistência entre os profissionais, entre outros fatores que consequentemente favorecem o viés, facilitando a ocorrência dos eventos adversos.

No que diz respeito a Enfermagem, nota-se que os profissionais de enfermagem tomam a frente em relação a implementação, preenchimento e adesão da lista, o que não exime a responsabilidade dos demais profissionais sobre o peso do registro, deve-se entender que o envolvimento da equipe multidisciplinar é importante e isto causa como consequência uma melhor resposta em relação a adesão da LVSC. Além disso, a capacitação correta torna-se um alicerce, uma vez que o profissional se depara com o novo instrumento, este mesmo profissional apresenta uma certa resistência, porém, com o preparo correto, tende a desenvolver melhor com um manejo exímio, assim como pede a LVSC.

A resistência inicial dos profissionais diminui com o passar das práticas cotidianas, a capacitação empodera o profissional trazendo mais segurança a equipe, além disso, os feedbacks e as adaptações promovem a eficiência de LVSC que traz efeitos benéficos na saúde como um todo, estas variáveis moldam o profissional tornando o instrumento mais eficaz com passar do tempo. A implantação e implementação da lista de verificação faz-se necessário e enfrentar este processo garante uma projeção positiva em relação à saúde, pois, quando efetuada corretamente torna-se um construto de barreira contra os eventos adversos que possam surgir dentro da prática realizada no processo anestésico cirúrgico.

Neste contexto, o presente estudo trouxe a importância da eficácia em relação a implementação da lista de verificação de

segurança cirúrgica, e suas possibilidades, assim como possíveis limitações presentes neste mesmo processo. Espera-se que através destes achados, a equipe multiprofissional promova mais estratégias e reflexões para implementação e um melhor desenvolvimento para a adesão deste instrumento.

REFERÊNCIAS

1. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz EDA. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 [citado 2021 Dez 15]; 19(2): 246-51. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200246&lng=en&nrm=iso.
2. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. 2009. [citado 2022 Abr 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf.
3. Tostes MFP, Galvao CM. Processo de implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: revisão integrativa. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 2021 Abr 01]; 27: e3104. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100600&lng=en&nrm=iso
4. Pereira LFML, Oliveira SAR de, Gomes GG. Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura. Rev enfermUFPE on line. 2020; 14: e242554. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242554/34347>.
5. Silva AMR, Silva ITC, Rocha GS, Teixeira E. Protocolo de cirurgia segura: análise da produção e execução em dois hospitais terciários. Rev SOBEC [Internet]. out 2020 [citado 2021 Abr 01]; 25(3):128-35. Disponível



- em:
<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/624>.
6. Ferreira NCS, Ribeiro L, Mendonça ET, Amaro MOF. Checklist de Cirurgia Segura: Conhecimento e Utilização do Instrumento na Perspectiva dos Técnicos de Enfermagem. Rev Enferm Centro Oeste Mineiro [Internet]. 2019 [citado 2021 Abr 01];9:e2608. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2608/2064>
7. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes CA, Sousa KAS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 01]; 33(10):e00046216. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005011&lng=en&nrm=iso.
8. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de material e esterilização. Práticas recomendadas SOBECC. 7 ed. São paulo: Sobecc; 2017.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo) [Internet]. Mar 2010 [citado 2021 Abr 01]; 8(1):102-06. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso. Acesso
10. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e metaanálises: a recomendação prisma. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2015 citado 2021 Abr 01]; 24 (2): 335-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCF/?lang=pt>.
11. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LN X9dd85VVb/?format=pdf&lang=pt>.
12. Santos EA, Domingues NA, Eduardo AHA. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. Enfermería actual Costa Rica [Internet]. 2019 citado 2021 Abr 01]; 38. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682020000100075&script=sci_arttext.
13. Tostes MFP, Galvão CM. Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. Rev SOBECC [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 01]; 25 (4): 204-11. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/636>.
14. Willassen ET, Jacobsen ILS, Tveiten S. Safe surgery checklist, patient safety, teamwork, and responsibility-coequal demands? A focus group study. Glob qual nurs res [Internet]. 2018 [cited 2021 Abr 01]; 28(5): 2333393618764070. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29623287/>.
15. O'Brien B, Graham MM, Kelly SM. Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. J Nurs Manag [Internet]. 2017 Sep [cited 2021 Abr 01]; 25(6):468-76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12428>
16. Oliveira Junior NJ, de Magalhães AMM. Difficulties in the application of the surgical checklist: A qualitative study of a restorative ecological. Online Braz J Nurs [Internet]. 2017 [cited 2021 Abr 01]; 16 (4): 448-59. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85057861735&doi=10.17665%2f1676-4285.20175887&partnerID=40&md5=e0e9dc23363fd4a2d079cee91d1de423>.
17. Tostes MFP, Galvao CM. Lista de verificação se segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2019; 40(spe). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/VBVNNpyqXyWrcFwL9hNKy3K/?lang=pt>
18. Rogers J, Mcleish P, Alderman J. Perioperative nurses' engagement with the surgical safety checklist: A focused ethnography. J Perioper Nurs. 2020 [cited 2021 Abr 01]; 33 (2). Available from: <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1066&context=jpn>



19. Dezordi CCM, Stumm EFM. Atitudes de segurança de uma equipe antes e após a implantação do checklist de cirurgia segura. *Rev Enfermagem UFPE on line* [Internet]. mar 2018 [citado 2021 Abr 01]; 12(3): 816-19. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230778/28058>.
20. Giannattasio MB, Taniguchi FP. Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. *Rev SOBECC* [Internet]. dez. 2016 [citado 2021 Abr 01]; 21(3):125-31. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/26>
21. Souza RM, Araújo MGS, Veríssimo RCSS, Comassetto I, Ferreira FAS, Bernardo THL. Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. *Rev Sobecc* [Internet]. 2016 [citado 2021 Abr 01]; 21(4). Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/67>
22. Silva AGN, Silva FAA. Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 01]; 6(2): 23-29. Disponível em:
23. Holmes T, Vifladt A, Ballangrud R. Estudo qualitativo de como o trabalho em equipe inter-profissional influencia a enfermagem perioperatória. *Abertura de Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 01]; 7: 571-80. Disponível em: <https://doi-org.ez373.periodicos.capes.gov.br/10.1002/nop2.422>
24. Rinaldi LC, Matilde JD, Prata RA, Castro BA, Garcia de Avila M. Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. *Rev SOBECC* [Internet]. dez 2019 [citado 2021 Abr 01]; 24(4):185-92. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/525>
25. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 01]; 25:e2907. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100357&lng=en&nrm=iso.

Fomento: não há instituição de fomento

Editor Científico: Francisco Mayron Morais Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>