

Checklist de cirurgias seguras: percepção da equipe de saúde

Safe surgery checklist: perception of the health team

Lista de verificación de cirugía segura: percepción del equipo de salud

Tainah Cristina Vidal dos Santos^I; Alisson Fernandes Bolina^I; Ana Lúcia Queiroz Bezerra^{II}; Cristiane Chagas Teixeira^{II}; Simone Roque Mazoni^I; Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá^I

^IUniversidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; ^{II}Universidade Federal de Goiás, Goiania, GO, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos profissionais de saúde do centro cirúrgico acerca do uso do checklist de cirurgias seguras. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 29 profissionais da equipe cirúrgica de um hospital universitário do Centro-Oeste brasileiro. Dados obtidos por meio de entrevistas individuais, entre fevereiro e março de 2019, norteadas por instrumento semiestruturado. Realizada análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram as categorias temáticas 'Prática e importância atribuída ao uso do checklist de cirurgias seguras pela equipe de saúde' e 'Perspectivas para o uso efetivo do checklist de cirurgias seguras na prática profissional'. **Conclusão:** Revelou-se uma prática incipiente do uso do checklist de cirurgias seguras, apesar de compreenderem sua importância, e verificou-se o reconhecimento de aspectos profissionais e organizacionais que precisam ser trabalhados para tornar a incorporação dessa ferramenta mais assertiva no processo de trabalho da instituição.

Descritores: Centro Cirúrgico Hospitalar; Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência à Saúde; Lista de Checagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of health professionals in the operating room regarding the use of the safe surgeries checklist. **Method:** descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, carried out with 29 professionals from the surgical team of a university hospital in the Brazilian Midwest. Data obtained through individual interviews, between February and March 2019, guided by a semi-structured instrument. Content analysis performed. **Results:** thematic categories 'Practice and importance attributed to the use of the safe surgeries checklist by the health team' and 'Perspectives for the effective use of the safe surgeries checklist in professional practice' emerged. **Conclusion:** It was revealed an incipient practice of using the safe surgeries checklist, despite understanding its importance, and there was recognition of professional and organizational aspects that need to be worked on to make the incorporation of this tool more assertive in the work process of institution.

Descriptors: Surgery Department, Hospital; Patient Safety; Risk Management; Quality of Health Care; Checklist.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los profesionales de la salud en centro quirúrgico sobre el uso del checklist de cirugías seguras. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo, realizado con 29 profesionales del equipo quirúrgico de un hospital universitario del Medio Oeste brasileño. Datos obtenidos a través de entrevistas individuales, entre febrero y marzo de 2019, guiadas por un instrumento semiestructurado. Análisis de contenido realizado. **Resultados:** surgieron categorías temáticas 'Práctica e importancia atribuida al uso de la lista de verificación de cirugías seguras por parte del equipo de salud' y 'Perspectivas para el uso efectivo de la lista de verificación de cirugías seguras en la práctica profesional'. **Conclusión:** Se reveló una práctica incipiente de utilizar el checklist de cirugías seguras, a pesar de comprender su importancia, y se reconocieron aspectos profesionales y organizacionales que deben ser trabajados para hacer más asertiva la incorporación de esta herramienta en el proceso de trabajo de la institución.

Descriptores: Servicio De Cirugía En Hospital; Seguridad del Paciente; Gestión de Riesgos; Calidad de la Atención de Salud; Lista de verificación.

INTRODUÇÃO

Os centros cirúrgicos são considerados setores complexos e de elevado risco, por envolverem processos de trabalho interdependentes e, sobretudo, pelas diversas situações de imprevisibilidade¹. A dinâmica do cuidar nesse cenário é considerada altamente vulnerável à ocorrência de eventos adversos, que podem ocasionar mortes ou complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos².

Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade decorrente de cirurgia em 30 dias foi estimada em 0,77%³. No Reino Unido, anualmente, ocorrem até 1.500 incidentes associados apenas a instrumentos cirúrgicos de baixa qualidade, causando danos ao paciente⁴.

Autora correspondente: Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá. E-mail: paranagua@unb.br
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Cintia Silva Fassarella

No Brasil, estudos evidenciam características sistêmicas e multifatoriais dos incidentes. Em um hospital de ensino da Região Sudeste estimou-se prevalência de 21,8% de eventos adversos cirúrgicos. Dos 60 casos, 90% foram classificados como evitáveis. Houve predominância de infecção da ferida cirúrgica (30%), seguida de deiscência (16,7%) e hematoma/seroma (15%); cerca de 40% estavam relacionados a falhas técnicas diversas⁵. Em outro estudo, a prevalência de incidentes foi de 8,7%, sendo mais frequentes a suspensão cirúrgica e os acidentes com o paciente por falhas técnicas no procedimento⁶.

A busca pela segurança assistencial configura-se como prioridade, e diversas estratégias têm sido adotadas mundialmente, com vistas à prevenção de incidentes e, especialmente, dos eventos adversos⁷. Dentre essas estratégias, o uso do *checklist* de cirurgias seguras é incentivado por sua associação significativa à redução de eventos adversos e da taxa de mortalidade^{8,9}. Apesar desses achados promissores e do reconhecimento dos profissionais de saúde acerca da importância do uso dessa ferramenta, sua adesão, na prática, ainda não corresponde ao seu potencial alcance^{7,10}.

A análise de 24.421 cirurgias realizadas em um hospital de Belo Horizonte, entre 2010 e 2015, verificou o preenchimento do *checklist* em apenas 58,5%. Identificou-se, ainda, que a adesão ao instrumento foi diferente entre dias úteis e finais de semana, mesmo havendo um profissional específico para essa função, e que os itens apresentação dos membros da equipe, identificação do paciente e local da cirurgia nunca foram utilizados/preenchidos⁷. Vários fatores são listados como causadores de baixa adesão a esse instrumento; dentre eles, estão a importância atribuída ao *checklist*, a falta de comunicação entre a equipe de saúde e a dificuldade em se adaptar à nova cultura de segurança do paciente¹¹.

Compreender a percepção dos profissionais inseridos no cenário do centro cirúrgico sobre os aspectos que interferem na adesão do *checklist* de cirurgias seguras pode oportunizar diálogo e suscitar reflexões sobre a prática profissional, possibilitando condições propícias a mudanças. Considerando que muitos estudos sobre a temática foram do tipo documental e retrospectivo^{7,10,12} e a fim de responder lacunas científicas relacionadas à compreensão dos aspectos envolvidos na não adesão dos profissionais de saúde a essa ferramenta, delineou-se a seguinte questão: qual a ótica da equipe cirúrgica acerca do *checklist* de cirurgias seguras e dos fatores que interferem em sua adesão?

Este estudo objetivou analisar a percepção dos profissionais de saúde do centro cirúrgico acerca do uso do *checklist* de cirurgias seguras.

MÉTODO

Trata-se de estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Adotaram-se os critérios do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)¹³ para a elaboração do relatório de pesquisa.

O universo da pesquisa foi o centro cirúrgico de um hospital universitário do Distrito Federal, com 343 leitos, 22 ambulatorios e perfil de atendimento público e secundário. O centro cirúrgico era composto de seis salas de operação, uma sala de recuperação pós-anestésica, uma sala destinada ao pré-operatório e uma Central de Material Esterilizado (CME), além de dispor de 45 leitos reservados à Cirurgia Geral.

A população constou da equipe de saúde do centro cirúrgico, composta de dez médicos de várias especialidades cirúrgicas, quatro enfermeiros, 15 anestesiológicos e 39 técnicos de enfermagem que atuavam como circulantes de salas e instrumentadores. Foi considerado critério de inclusão estar lotado no setor há mais de 3 meses. Foram excluídos os profissionais afastados de suas funções durante o período de coleta de dados.

A seleção dos participantes foi por conveniência. Utilizou-se a técnica de amostragem por saturação teórica de dados, que consiste na interrupção da coleta de dados a partir da constatação de que não surgirão mais elementos novos no campo de observação para subsidiar a teorização almejada¹⁴. Após aplicação dos critérios de elegibilidade e considerando a saturação teórica, participaram do estudo 29 profissionais de saúde, não havendo recusas.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado, submetido a teste-piloto com cinco profissionais de saúde vinculados ao centro cirúrgico de uma instituição diferente do cenário estudado. O roteiro foi avaliado quanto à compreensão e à capacidade de alcançar os objetivos da pesquisa, sendo composto de duas partes. A primeira correspondeu à caracterização da equipe de saúde, dados sociodemográficos e aspectos relacionados à formação. A segunda parte constituiu-se das perguntas norteadoras: Você considera importante a aplicação do *checklist* de cirurgias seguras? Por quê? Na sua opinião, quais fatores referentes à dinâmica de trabalho interferem na aplicação do *checklist*? O que seria uma boa estratégia para que o *checklist* fosse aplicado adequadamente? Como você percebe o suporte organizacional oferecido por este hospital para que os profissionais de saúde apliquem o *checklist* de forma adequada? Esta parte também incluiu questões estruturadas sobre a realização de curso sobre a aplicação do *checklist* de cirurgias seguras e o uso adequado da ferramenta nos procedimentos cirúrgicos dos quais o profissional participou nos últimos 6 meses.

Utilizou-se a técnica de entrevista individual conduzida por pesquisadora graduanda do último período do curso de enfermagem, que não possuía vínculo laboral, acadêmico ou interpessoal com os entrevistados. Antes de iniciar a coleta, a pesquisadora foi capacitada quanto ao método da pesquisa, ao instrumento de coleta e à abordagem do participante.

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e março de 2019, no local de trabalho do profissional, com duração média de 20 minutos para cada entrevista. Antes do início da entrevista, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, mediante concordância de participação da pesquisa, foi solicitada a assinatura desse termo e do Termo de Autorização de Uso de Som. Para auxiliar na captação dos dados, utilizou-se o registro de notas de campo e gravações de áudio. Considerando o fato de os participantes terem sido entrevistados em seus intervalos laborais e as restrições de disponibilidade de tempo e acesso a eles, não foi possível o envio dos textos transcritos para comentários e/ou sugestões, porém os áudios gravados foram rigorosamente revisados pelos pesquisadores deste estudo. Após publicação, o estudo deve ser encaminhado à unidade pesquisada.

Os dados quantitativos referentes à caracterização do profissional foram analisados por estatística descritiva. Os dados qualitativos foram transcritos e identificados com letras correspondentes à categoria profissional, seguida de números arábicos, conforme a ordem das entrevistas. Em seguida, foram analisados à luz do referencial teórico de Bardin, na modalidade temática¹⁵.

Seguiram-se três etapas cronológicas: pré-análise (escolha de documentos a serem analisados, formulação das hipóteses e elaboração de indicadores para a interpretação final); exploração do material (codificação para o alcance do núcleo de compreensão do texto, realizada por dois codificadores de dados, simultaneamente); e tratamento dos dados obtidos (realização de inferências, interpretações e confrontações)¹⁵. As unidades de significado foram derivadas dos dados e definidas por temas.

Os relatos revelaram 11 unidades de significação que, pelo critério semântico, foram classificadas em duas categorias temáticas: Prática e Importância Atribuída ao Uso do *checklist* de Cirurgias Seguras pela Equipe de Saúde, constituída pelas unidades de significação uso inadequado do *checklist* de cirurgias seguras, resistência da equipe de saúde, compromisso do profissional, prevenção de erros e segurança ao profissional de saúde; e Perspectivas para o Uso Efetivo do *Checklist* de Cirurgias Seguras na Prática Profissional, formado pelas unidades de significação processo de implantação descontinuado, engajamento da equipe de saúde, seguimento do *checklist* pela gestão, conscientização e supervisão da equipe de saúde, comunicação e interação entre os membros da equipe de saúde e suporte organizacional.

Este estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e atendeu à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 29 profissionais de saúde que atuavam no Centro Cirúrgico, cuja caracterização encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da equipe cirúrgica (n=29). Brasília, DF, Brasil, 2019.

Variável	n	f (%)	Variável	n	f (%)
Sexo			Titulação mais elevada		
Masculino	11	37,9	Curso Técnico	2	6,9
Feminino	18	62,1	Graduação	10	34,5
			Especialização	14	48,3
Idade, anos			Mestrado incompleto	1	3,4
30-40	9	31,0	Mestrado	1	3,4
41-50	14	48,3	Doutorado	1	3,4
51-60	6	20,7			
Categoria profissional			Turno		
Técnico de Enfermagem	14	48,3	Diurno	17	58,6
Enfermeiro	4	13,8	Noturno	12	41,4
Médico anesthesiologista	1	3,4			
Médico cirurgião	10	34,5	Vínculos empregatícios		
			Um	25	86,2
			Dois	3	10,3
			Três	1	3,4

A carga horária média de trabalho semanal, considerando todos os vínculos, foi de 49,3 horas, variando entre 20 e 100 horas.

Quanto à realização de cursos sobre a implementação do *checklist* de cirurgias seguras, 27 (93,1%) profissionais relataram não ter recebido curso da instituição, e 12 (41,4%) referiram tê-lo realizado por conta própria.

Sobre o uso do *checklist* nos últimos 6 meses, durante as cirurgias das quais o profissional participou, 14 (48,3%) participantes informaram que raramente o *checklist* foi aplicado adequadamente, 11 (37,9%) que o *checklist* foi aplicado adequadamente em parte das cirurgias, três (10,3%) que nunca foi aplicado adequadamente, e um (3,5%) afirmou que não foi aplicado.

Essa análise estruturada convergiu com o encontrado na categoria temática Prática e Importância Atribuída ao Uso do *checklist* de Cirurgias Seguras pela Equipe de Saúde, ao revelar que o instrumento não foi utilizado conforme o preconizado, especialmente em cirurgias não eletivas e em decorrência da sobrecarga de trabalho:

[...] a gente acompanha nas salas alguém perguntando a primeira parte que é a identificação. Mas a partir daí não avança. (M 1)

[...] na cirurgia eletiva é mais fácil da gente lidar com o checklist porque já vem uma coisa que vem lá do pré-operatório, com o paciente, com o checklist e, chega na sala de cirurgia, eles só terminam de completar. Agora, realmente, na hora da urgência, na hora da dinâmica em si, é difícil, principalmente paciente grave. (TE 7)

[...] a gente não tem pessoal o suficiente. Tem dias que a escala está desfalcada, que a pessoa do pré-operatório às vezes desenvolve duas funções (...) então às vezes fica impossível aplicar a todos os pacientes. (E 14)

Revelou-se que o uso do *checklist* foi incipiente em decorrência da resistência dos pares:

[...] em algumas situações, dentro da sala cirúrgica principalmente, na hora que você vai confirmar o nome de cada integrante, de cada profissional, a gente já sabe o nome de cada um. Mas o checklist pede que a pessoa repita o próprio nome e tem algumas pessoas que têm alguma resistência. (TE 14)

[...] Alguns não colaboram e não aceitam interromper o período para que seja feito. (TE 31)

Verificou-se, ainda, um comportamento diferente quanto ao uso do *checklist* pelo profissional de saúde na esfera pública e privada:

[...] é que depende de onde eu opero. Se eu opero aqui, praticamente não existe checklist. Quando a gente fala em um hospital particular, por exemplo, praticamente todas as minhas cirurgias têm um checklist muito bem feito. Aqui é precaríssimo. (M 19)

[...] pulam o tempo cirúrgico, fica incompleto, não tem preenchimento do checklist de cirurgia segura no serviço público. (M 23)

[...] aqui na secretaria, diferente dos hospitais particulares, que as instâncias superiores determinam e os mesmos cumprem, aqui não. Aqui o povo faz do jeito que achar. (TE4)

Apesar da prática incipiente, desvelou-se a importância que os profissionais atribuíam ao *checklist* de cirurgia segura para garantir segurança ao paciente e à equipe cirúrgica. Seu uso foi associado à prevenção de erros de lateralidade, troca de pacientes e retenção não intencional de objetos após cirurgia e ao correto funcionamento dos equipamentos cirúrgicos:

[...] garante ao médico evitar erros como troca de pacientes, de patologia, de lado a ser operado. Sou ortopedista. A importância para mim é essa segurança que se dá ao paciente, ao médico, de operar o paciente certo, o lado certo. (M 1)

[...] quando você faz o checklist você sabe tudo. Você já tem mais ou menos o que vai acontecer, já tem uma previsão do que você precisa, do que falta, do que não está funcionando. Acho isso muito importante. (TE 2)

[...] é segurança para o paciente, é segurança para quem vai trabalhar. (TE 25)

A categoria Perspectivas para o Uso Efetivo do Checklist de Cirurgias Seguras na Prática Profissional mostrou que houve um processo de implantação estruturado, porém descontinuado, não contribuindo para o efetivo processo de incorporação do *checklist* na prática da equipe de saúde:

[...] tiveram algumas reuniões, divulgação do projeto, mas ficou simplesmente nisso. Se você for olhar aqui dentro do centro cirúrgico, não tem nenhum modelo que a gente possa dizer: é isso que está sendo feito. Teve uma época que tinha alguma coisa, mas não estou vendo mais, sobre 'ao entrar o paciente aplique o questionário de cirurgia segura'. Não tem. Então eu acho que o hospital não está dando... fazendo a divulgação, nem dando o suporte adequado para que o projeto seja seguido. (M 1)

[...] o hospital não tem suporte nenhum para fazer o checklist, a equipe não recebe uma orientação adequada. (TE 12)

Destacou-se a importância da gestão da segurança do paciente em coletar os *checklists*, bem como avaliar os dados, dando um significado à prática que vai além do cumprimento de um protocolo:

[...] Começa fazendo, aí como eles não cobram, eles vêm aqui pegar uma vez. Não sei qual é a frequência que eles vêm pegar, não sei. Eu só sei que assim é difícil. (TE 3)

[...] que não seja feito apenas verbal, que ele esteja escrito, documentado e que alguém receba aquilo para ver que tem sido feito. (M 1)

Também relataram a importância de discutirem sobre o *checklist* com as equipes multiprofissionais, incluindo a alta gestão, uma vez que se fez necessário o engajamento de todos para sua implementação, não sendo dependente apenas de uma categoria profissional:

[...] a cobrança tem que vir da chefia, da enfermagem, da equipe de anestesia, como da equipe de cirurgia. O checklist atrasa um pouco. E o atraso nesse processo tem que ser aceito por todas as equipes e entender que isso é para a segurança. (M 16)

[...] a supervisão e cobrança, talvez, sejam os pontos mais críticos nesse aspecto. (M 1)

Necessidades de melhorias foram reveladas, a fim de tornar o ambiente mais favorável à adesão do *checklist* de cirurgias seguras. Listaram-se práticas vinculadas à supervisão e à conscientização de sua importância:

[...] conscientização da equipe médica, que os mesmos pouco dão importância. Um dos principais profissionais envolvidos nessa assistência não tem conscientização da importância do checklist de cirurgia segura. (TE 4)

[...] uma interação mais eficaz entre médico e equipe de enfermagem, um entrosamento. (M 17)

[...] porque tem que ter essa supervisão. Eu particularmente, como enfermeira, consigo estar presente em uma. Mas se as outras estiverem começando no mesmo tempo eu não conseguiria estar presente. (E 5)

O suporte organizacional para que a incorporação do *checklist* seja mais incisiva foi associado às estratégias de capacitação, à avaliação das dificuldades da equipe e à aproximação dos gestores da segurança com o corpo clínico:

[...] mais treinamento das equipes. Treinar as pessoas para fazer o checklist. (M 16)

[...] um treinamento efetivo e um acompanhamento depois dos servidores quanto às dificuldades que cada um tem. (TE 5)

[...] ter mais presença do pessoal que é responsável. Tinha que ficar um tempo aqui, fazendo, dando o exemplo, porque tem que ter incentivo. E tem que mostrar participação. (E 10)

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo apresentaram perfil socioinstrucional, de formação e capacitação diversificado. Evidencia-se que a heterogeneidade das funções no processo de trabalho da equipe multiprofissional para a execução do *checklist* envolve fatores culturais, de formação e capacitação e de tempo de serviço e hierarquização, os quais interferem na compreensão, na aceitação e na harmonização de seus membros para a conformidade da prática^{16,17}.

A percepção dos profissionais de saúde sobre a implantação de estratégias de segurança do paciente traz, de um lado, a satisfação por possibilitar melhoria na qualidade do cuidado e, do outro, a decepção pelo atraso na implantação de ações e pela resistência de alguns profissionais em aderir ao processo¹⁸.

A tomada de consciência de seus membros, aliada ao envolvimento das equipes em uma linguagem comum, contribui fundamentalmente para o alcance da adesão do *checklist* como prática assistencial e não como dever administrativo, já que este último ofusca os potenciais benefícios da cultura de segurança do paciente¹⁹⁻²³.

Quase metade dos entrevistados (48,3%) referiu que o instrumento raramente é usado de forma adequada, e 93,1% afirmaram não ter recebido curso da instituição. Esses achados denotam que a aparente ausência de um processo de implementação eficaz se deve à limitada iniciativa institucional de capacitação, no sentido de melhorar o desempenho das práticas de segurança do paciente, bem como elucidar para a equipe sobre a utilização do protocolo do *checklist* de cirurgias seguras, para que ele se torne prática efetiva.

Estudo realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro verificou que a qualificação profissional, representada por 30% dos relatos, foi um dos fatores que favoreciam a implantação do *checklist* de cirurgia segura²⁴.

Entretanto, o fato de se preencher o instrumento adequadamente não garante melhores resultados. São necessários investimentos na construção de uma cultura de segurança organizacional com base em planejamento, estratégias de ação e avaliação⁷. É salutar o envolvimento sistemático e contínuo da equipe nesse processo por meio

de educação continuada, melhoria na comunicação com a padronização da linguagem e, sobretudo, desenvolvimento de consciência da equipe, para que a implementação do *checklist* não se limite a um processo burocrático²⁵.

Estudo etnográfico buscou responder a importância percebida de diferentes itens do *checklist* de verificação de segurança cirúrgica entre diferentes membros da sala de operação e encontrou, entre as categorias temáticas, que os participantes da enfermagem, anestesia e cirurgia expressaram o *briefing* como parte mais importante do *checklist*, e que, por vezes, a ausência de *staffs* em sala era um problema para sua consolidação. Evidenciou, ainda, que diferenças no fluxo de trabalho e a remuneração entre os diferentes membros da equipe da sala cirúrgica podem ser vistas como barreiras à adesão¹⁷.

Acrescentam-se, como obstáculos à conformidade, a falta de apresentação da equipe, o *briefing* realizado antes do paciente entrar em sala e a não resposta a itens importantes, como a identificação de possíveis alergias. O *time-out* frequentemente não é cumprido ou realiza-se um interrogatório incorreto e mal cronometrado¹⁸.

A identificação de barreiras e o desenvolvimento de estratégias institucionais que abordem questões sociais, culturais, profissionais, como volumes de trabalho dos membros da equipe cirúrgica e tempo para a execução do evento de checagem das etapas do *checklist* de cirurgias seguras, suporte e capacitação, podem contribuir para a melhoria da qualidade do procedimento cirúrgico¹⁶.

Ressalta-se que medidas de implementação que visem à adesão do *checklist* como parte de um processo assistencial vão além de ações locais demandadas à unidade de centro cirúrgico. Essa mudança requer programas institucionais de incentivo que abranjam todas as equipes, as quais também precisam estar engajadas entre si. Sugere-se que esses programas sejam projetados, no sentido de envolver todas as esferas assistenciais e membros da equipe, incluindo lideranças, médicos, cirurgiões, enfermeiros, tecnólogos etc.²³.

O processo de implementação do *checklist* de cirurgias seguras é considerado complexo e requer avaliação cuidadosa e averiguação de potenciais barreiras. Os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados e motivados, por meio de treinamentos e capacitação, para compreenderem que não se trata apenas de um protocolo, mas de uma ferramenta para reduzir a ocorrência de erros e, por conseguinte, melhorar a qualidade assistencial²⁶.

Em alguns relatos, ficou clara a necessidade que os profissionais de saúde sentem de serem cobrados em relação ao uso do *checklist* e a existência de comportamento de adesão diferenciado entre as esferas pública e privada. Corroborando esse resultado, estudo realizado no centro cirúrgico de um hospital público do Rio de Janeiro ressaltou a falta de mecanismos de cobrança das boas práticas em segurança do paciente como um fator que dificulta a aplicação do *checklist*²⁷. Entretanto, o fortalecimento da cultura de segurança pode favorecer a mudança comportamental e atitudinal da equipe de saúde, com engajamento multiprofissional, a fim de ampliar a incorporação do *checklist* como uma prática institucional.

No presente estudo, aponta-se que a aplicação do *checklist* contribui efetivamente para a prevenção de erros de lateralidade, troca de pacientes, retenção não intencional de objetos no interior do sítio cirúrgico e funcionamento dos equipamentos anestésicos e cirúrgicos. Estudo descritivo realizado em dois hospitais de Minas Gerais verificou que 30% dos médicos cirurgiões afirmaram ter vivenciado troca de lateralidade ou retenção de algum material cirúrgico em cavidades operadas. Apesar disso, a maioria dos profissionais de enfermagem (61,2%) relatou que a resistência da equipe cirúrgica representa uma das maiores dificuldades para aplicação efetiva do *checklist*²⁸.

A avaliação da cultura de segurança do paciente, em todo o contexto organizacional, faz-se relevante por possibilitar a identificação das dimensões que necessitam de maior investimento institucional e, então, direcionar o planejamento de ações de melhoria da gestão e assistência ao paciente, com foco na redução de incidentes²⁹, especialmente aqueles associados às complicações cirúrgicas.

É imprescindível incluir a equipe enfermagem nesse planejamento de estratégias organizacionais, uma vez que esses profissionais se destacam na aplicação do *checklist* de cirurgias seguras. Para tanto, o enfermeiro necessita solidificar sua ferramenta privativa de trabalho alicerçada nas metas de segurança do paciente, ou seja, ele deve implementar um processo de enfermagem que integre o *checklist* de cirurgias seguras e as taxonomias de enfermagem, contribuindo para tomada de decisão clínica e a implementação de medidas preventivas para segurança do paciente perioperatório³⁰.

Limitações do estudo

As limitações do estudo versam sobre o fato de ele retratar apenas uma instituição de saúde, que apresenta características específicas, influenciando na generalização dos resultados. Entretanto, a investigação colabora com o entendimento dos desafios do processo de adesão ao *checklist* de cirurgias seguras, incluindo hospitais de diversas regiões do país, cuja estrutura e barreiras enfrentadas sejam similares.

CONCLUSÃO

Os relatos dos profissionais entrevistados evidenciam que há clareza quanto à importância da ferramenta e ao seu objetivo. A importância atribuída ao uso do *checklist* foi relacionada à prevenção de erros de lateralidade e troca de pacientes, ao correto funcionamento dos equipamentos cirúrgicos, ao controle da retenção não intencional de objetos após cirurgia, à segurança para a equipe, ao registro adequado de cada tempo cirúrgico e à comprovação de uma assistência prestada com qualidade.

As principais barreiras à adesão do *checklist* relacionaram-se ao engajamento multiprofissional, sendo caracterizadas por resistências individuais, relato de comportamento de adesão diferenciado entre setor público e privado e à oferta institucional de treinamentos. Tais fatores também estão associados à baixa efetividade do processo de implementação do protocolo de cirurgias seguras, considerando o contexto organizacional.

Foi apontada a necessidade de ampliação de práticas vinculadas à supervisão e monitoramento do uso do *checklist* pelos profissionais de saúde e à conscientização dos profissionais de saúde, para favorecimento do processo de implementação do protocolo.

REFERÊNCIAS

1. Martins FZ, Dall'agnol CM. Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 12]; 37(4):e56945. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>.
2. Gutierrez LS, Santos JL, Barbosa SF, Maia AR, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the safe surgery saves lives initiative: perspective of nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 27:e3108. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2711.3108>.
3. Freundlich RE, Maile MD, Sferra JJ, Jewell ES, Kheterpal S, Engoren M. Complications associated with mortality in the national surgical quality improvement program database. *Anesth Analg* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12]; 127(1):55-62. DOI: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002799>.
4. Dominguez ED, Rocos B. Patient safety incidents caused by poor quality surgical instruments. *Cureus* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 11(6):e4877. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.4877>.
5. Bezerra WR, Bezerra AL, Paranaguá TT, Bernardes MJ, Teixeira CC. Occurrence of incidents at a surgical center: a documentary study. *Eletr Enf* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 12]; 17(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>.
6. Batista J, Cruz ED, Alpendre FT, Rocha DJ, Brandão MB, Maziero EC. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 27:e2939. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>.
7. Ribeiro HC, Quites HF, Bredes AC, Sousa KA, Alves M. Adherence to completion of the safe surgery checklist. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 12]; 33(10):e00046216. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>.
8. Sleiman B, Sayeed Z, Padela MT, Padela AF, Bobba V, Yassir W, et al. Review article: Current literature on surgical checklists and handoff tools and application for orthopaedic surgery. *J Orthop* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 16(1):86-90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jor.2018.12.006>.
9. Rodrigo-Rincon I, Martin-Vizcaino MP, Tirapu-Leon B, Zabalza-Lopez P, Zaballos-Barcala N, Villalgorido-Ortin P, et al. The effects of surgical checklists on morbidity and mortality: a pre- and post-intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 12]; 59(2):205-14. DOI: <https://doi.org/10.1111/aas.12443>.
10. Maziero EC, Silva AE, Mantovani MF, Cruz ED. Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 12]; 36(4):14-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>.
11. Oliveira MC, Korb A, Zocche DA, Bezerra DC, Pertille F, Frigo J. Surgical checklist adherence in light of patient safety culture. *Rev SOBECC* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12]; 23(1):36-42. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800010007>.
12. Amaya MR, Maziero EC, Grittem L, Cruz ED. Analysis of the registration and content of surgical safety checklists. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 12]; 19(2):246-51. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150032>.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health care* [Internet]. 2007 [cited 2022 Mar 17]; 19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
14. Fontanella BJ, Luchesi BM, Saidel MG, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2022 Apr 12]; 27(2):388-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Sokhanvar M, Kakemam E, Goodarzi N. Implementation of the surgical safety checklist in hospitals of Iran; operating room personnel's attitude, awareness and acceptance. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12]; 31(6):609-18. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2017-0051>.
17. Ziman R, Espin S, Grant RE, Kitto S. Looking beyond the checklist: An ethnography of interprofessional operating room safety cultures. *J Interprof Care* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12]; 32(5):575-83. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1459514>.

18. Reis GA, Hayakawa LY, Murassaki AC, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira ML. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 12]; 26(2):e00340016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>.
19. Tostes MF, Galvão CM. Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 40(spe):e20180180. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>.
20. Ferorelli D, Lucilla C, Vincenti L, Zotti F, Dell'Erba A. Adoption and Implementation of the Surgical Safety Checklist: Improving Safety in an Italian Teaching Hospital. *Am J Med Qual* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 34(1):100. DOI: <https://doi.org/10.1177/1062860618780354>.
21. Mahmood T, Mylopoulos M, Bagli D, Damignani R, Aminmohamed Haji F. A mixed methods study of challenges in the implementation and use of the surgical safety checklist. *Surgery* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 165(4):832-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.09.012>.
22. Weller JM, Jowsey T, Skilton C, Gargiulo DA, Medvedev ON, Civil I, et al. Improving the quality of administration of the Surgical Safety Checklist: a mixed methods study in New Zealand hospitals. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12]; 8(12):e022882. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022882>.
23. Berry WR, Edmondson L, Gibbons LR, Childers AK, Haynes AB, Foster R, et al. Scaling Safety: The South Carolina Surgical Safety Checklist Experience. *Health Aff* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12]; 37(11):1779-86. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0717>.
24. Ferreira RA, Meneses RO, Fassarella CS, Silva MV, Daú GL. Intervening factors in the implantation of the safe surgery check list in a university hospital. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 10(2):41-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1592>.
25. Ferorelli D, Lucilla C, Vincenti L, Zotti F, Dell'Erba A. Adoption and Implementation of the Surgical Safety Checklist: Improving Safety in an Italian Teaching Hospital. *Am J Med Qual* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 34(1). DOI: <https://doi.org/10.1177/1062860618780354>.
26. Ferreira NC, Ribeiro L, Mendonça ET, Amaro MO. Checklist for safe surgery: knowledge and use of the instrument from the perspective of nurse technicians. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 9:e2608. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2608>.
27. Monte FB, Amorim JG, Linhares RM, Freitas FA. Implementation of safety surgery protocols: case study in a public health unit. *Rev Gest Sist Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 12]; 6(2):92-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v6i2.295>.
28. Garcia TF, Oliveira AC. Self-reported index of the orthopedic surgery team on the surgical safety checklist and implementation protocol. *Cogit Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12]; 23(1):e52013. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52013>.
29. Kolankiewicz AC, Schmidt CR, Carvalho RE, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 12]; 41:e20190177. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>.
30. Cardoso RB, Fassarella CS, Silva CP, Luna AA. Patient safety in perioperative nursing care and nursing taxonomies. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2021 [cited 2022 mar 17]; 29:e62528. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.62528>.