

# FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO À LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

*Factors that influence the adherence to the surgical safety checklist*

*Factores que influyen en la adhesión a la lista de control de seguridad quirúrgica*

Carina Cavalheiro da Silva<sup>1,2\*</sup> , Andrea Diez Beck<sup>3</sup> , Elisabete Cristina Martins da Silva<sup>4</sup> , Thaís Pereira Pires Rodrigues<sup>4</sup> 

**RESUMO:** **Objetivo:** Identificar a percepção dos profissionais em relação à utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e mapear os fatores que podem potencializar ou fragilizar o preenchimento e a adesão. **Método:** Estudo transversal, com abordagem mista. A coleta foi realizada pela aplicação de entrevista com os profissionais de saúde que atuam em um centro cirúrgico de um hospital público de município do Sul do país, no período de fevereiro a junho de 2019. **Resultados:** Elencaram-se as seguintes categorias: potencialidades e fragilidades na aplicação da lista; 96,6% concordaram totalmente que se sentiam mais seguros em participar de procedimentos em que o *checklist* é aplicado e 90,2% e concordaram que proporciona boa comunicação. Porém 39,9% discordam de que toda a equipe participe da aplicação e 69,9% concordam que nem sempre a lista é aplicada em função da resistência ou pouca praticidade. **Conclusão:** Os profissionais reconhecem que a aplicabilidade da lista proporciona segurança para o processo cirúrgico, porém uma das fragilidades foi a baixa adesão da equipe em realizar o passo a passo proposto. **Palavras-chave:** Segurança do paciente. Assistência perioperatória. Lista de checagem.

**ABSTRACT:** **Objective:** To identify the perception of professionals regarding the use of the Surgical Safety Checklist and map the factors that can enhance or weaken its completion and adherence. **Method:** Cross-sectional study with a mixed approach. Data collection was carried out by applying an interview with health professionals who work in a surgical center of a public hospital in the south of the country, from February to June 2019. **Results:** The following categories were listed: strengths and weaknesses in the application of the list; 96.6% strongly agreed that they felt safer to participate in procedures in which the checklist is applied and 90.2% agreed that it provides good communication. However, 39.9% disagreed that the entire team participates in its application and 69.9% agreed that the list is not always applied due to resistance or impracticality. **Conclusion:** The professionals recognize that the applicability of the list provides security for the surgical process, but one of the weaknesses was the low adherence of the team to carry out the proposed step by step. **Keywords:** Patient safety. Perioperative care. Checklist.

**RESUMEN:** **Objetivo:** Identificar la percepción de los profesionales sobre el uso de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) y mapear los factores que pueden mejorar o debilitar el llenado y la adherencia. **Método:** Estudio transversal con enfoque mixto. La recolección se realizó mediante la aplicación de una entrevista a profesionales de la salud que laboran en un centro quirúrgico de un hospital público de una ciudad del sur del país, de febrero a junio de 2019. **Resultados:** Se enumeraron las siguientes categorías: potenciales y debilidades en la aplicación de la LVSQ; El 96,6% está totalmente de acuerdo en que se siente más seguro al participar en los procedimientos donde se aplica la LVSQ y el 90,2% está de acuerdo en que proporciona una buena comunicación. Sin embargo, el 39,9% no está de acuerdo con que todo el equipo participe en la aplicación y el 69,9% está de acuerdo en que la LVSQ no siempre se aplica, por su resistencia o poca practicidad. **Conclusión:** Los profesionales reconocen que la aplicabilidad de la LVSQ brinda seguridad al proceso quirúrgico, pero una de las debilidades fue la baja adherencia del equipo en la realización del procedimiento paso a paso propuesto. **Palabras clave:** Seguridad del paciente. Atención perioperativa. Lista de verificación.

<sup>1</sup>Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>3</sup>Hospital Mãe de Deus – Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>4</sup>Associação Hospitalar Vila Nova – Porto Alegre (RS), Brasil.

\*Autora correspondente: carina-cavalheiro@hotmail.com

Recebido: 12/02/2021 – Aprovado: 25/11/2021

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040004>

## INTRODUÇÃO

Os incidentes causados por falhas na assistência impactam diretamente na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Um terço dos eventos adversos (EAs) causam danos graves ou permanentes, aumentando o tempo de internação hospitalar, os custos com o cuidado e expondo os pacientes a novos riscos<sup>1-3</sup>.

O Institute of Medicine (IOM) criou, em 2001, seis dimensões da qualidade da assistência, nas quais recomenda que a assistência ao paciente seja segura, efetiva, centrada no paciente, oportuna, eficiente e igualitária. Uma das dimensões foi a segurança do paciente<sup>4</sup>. A segurança do paciente é entendida como as ações realizadas a fim de minimizar riscos de danos desnecessários aos pacientes<sup>5</sup>.

Pensando no alto índice de EAs cirúrgicos, em 2007 e 2008, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), lançou o Segundo Desafio Global, intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com o objetivo de melhorar os padrões de qualidade na assistência cirúrgica, estimulando a percepção dos profissionais e envolvendo toda a equipe assistencial nesse processo<sup>6</sup>.

O centro cirúrgico (CC) é considerado uma área crítica e restrita, caracterizando-se como um setor complexo, onde se encontra uma equipe multiprofissional, equipamentos, materiais e tecnologias diversas, tornando-se um ambiente tenso e que exige elevado grau de concentração e, embora os profissionais sejam atenciosos e responsáveis, o ser humano é passível de erros<sup>7,8</sup>.

De janeiro a dezembro de 2021, foram notificados, pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), mais de 180 mil incidentes. Dos EAs notificados, 895 foram decorrentes de falhas durante o procedimento cirúrgico, dos quais 4,80% foram óbitos<sup>9</sup>.

Com o Segundo Desafio Global, foi criada a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), com o objetivo principal de fortalecer as práticas de segurança e possibilitar melhor comunicação e trabalho da equipe das áreas envolvidas no processo cirúrgico<sup>6</sup>. O uso da LVSC auxilia a equipe assistencial do CC, possibilitando avaliação integral do paciente e minimizando o risco de EA. Tendo em vista que são muitos os fatores que podem levar a equipe a erros, tais como erro na lateralidade do procedimento, esquecimento de compressas ou outros materiais cirúrgicos dentro

da cavidade cirúrgica, hipovolemia por falta de preparo para risco de perda sanguínea, dentre outros eventos que possam comprometer a segurança do paciente<sup>10</sup>.

Em um estudo realizado em 2017, com o objetivo de mensurar a adesão ao programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, a partir da perspectiva de 220 enfermeiros de diferentes regiões do Brasil, os autores identificaram que a adesão aos objetivos do programa foi adequada, porém ainda há fragilidades, principalmente na prevenção de *never events*<sup>11</sup>.

De acordo com outro estudo realizado em um hospital de Minas Gerais, em 2019, o qual teve como objetivo avaliar a adesão ao *checklist* de cirurgia segura em um hospital de ensino de médio porte, constatou-se que dos 394 prontuários avaliados, 90,72% tinham o *checklist*, todavia não foi encontrado nenhum prontuário com o *checklist* totalmente preenchido<sup>12</sup>.

Considerando a relevância do tema, surgiu a seguinte questão norteadora para realização dessa pesquisa: como tem sido a adesão ao preenchimento e à execução dos itens da LVSC, sob a óptica dos profissionais de saúde envolvidos nos procedimentos cirúrgicos de um hospital público de grande porte, no município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul?

Entender quais são as barreiras para a não utilização da LVSC, conforme preconizado, e quais os pontos benéficos para adesão pode gerar ações de melhorias e, com isso, aprimorar a segurança do paciente, da equipe e da instituição, evitando erros, além de determinar ações que visem à segurança do paciente no processo cirúrgico.

## OBJETIVOS

- Identificar a percepção dos profissionais de saúde que atuam no centro cirúrgico em relação à utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica;
- Mapear os fatores que podem potencializar ou fragilizar o preenchimento e a adesão à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

## MÉTODO

Estudo transversal misto, com abordagem quantiqualitativa, realizado no período de fevereiro a junho de 2019, em um hospital público de grande porte situado no Sul do país, na cidade de Porto Alegre. A LVSC foi implantada na instituição em 2011.

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 03162918.1.0000.5344 e 03161918.1.3001.5530). A coleta de dados foi realizada pela primeira pesquisadora, depois da aprovação dos comitês de ética e pesquisa das instituições envolvidas, proponente e coparticipante (Protocolos nº 3.111.178 e nº 3.120.060, respectivamente), seguindo-se a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>13</sup>.

Os critérios de inclusão foram: profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuam na assistência ao paciente cirúrgico no CC participam de alguma etapa do processo da LVSC, possuem mais de três meses de trabalho na instituição e consentiram participar do estudo por meio da leitura e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias, licença ou afastados no período da coleta de dados.

Todas as informações e os relatos foram mantidos em caráter de anonimato, bem como a identificação de cada participante do estudo.

Os dados foram coletados por meio de aplicação de entrevista *in loco* e durante o intervalo de cirurgias pela pesquisadora principal. Para tal, utilizou-se um questionário com questões criadas pelas autoras, estruturado e composto de quatro partes:

- Parte 1: dados sociodemográficos e informações sobre a experiência profissional;
- Parte 2: treze proposições sobre a LVSC respondidas por meio de uma escala de Likert. Essa escala foi apresentada com cinco graus de variação, sendo o grau 1 – discordo totalmente (DT) e o extremo oposto, grau 5 – concordo totalmente (CT); o ponto intermediário, grau 3 – não concordo nem discordo e os graus 2 e 4 – discordo e concordo parcialmente (DP e CP);
- Parte 3: foi solicitado ao participante atribuir uma nota de 0 a 10 quanto à satisfação da aplicação e ao cumprimento da LVSC pela equipe;
- Parte 4: duas alternativas abertas que constituíram os dados qualitativos, com preenchimento opcional: Qual sua sugestão em relação aos itens que podem ser retirados da LVSC ou nela acrescentados? Espaço para comentários que julgar pertinentes aos objetivos do trabalho.

Quanto aos dados quantitativos, foi utilizada a planilha eletrônica Excel<sup>®</sup> para armazenamento e o *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18.0 (SPSS Inc.,

EUA), para a análise. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de frequência absoluta e percentual. Para as variáveis contínuas, analisaram-se as medidas de posição (média, mínima e máxima) e dispersão (desvio padrão). Para apreciação dos dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo, a qual envolve três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados<sup>14</sup>.

## RESULTADOS

Participaram 30 profissionais de saúde, sendo 11 médicos (seis anesthesiologistas e cinco cirurgiões), cinco enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem (seis instrumentadores cirúrgicos e oito com formação básica de técnico de enfermagem).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (21 / 70,0%), com idade compreendida entre 25 e 60 anos, média de 38 anos e desvio padrão (DP) de 8,62.

O tempo de experiência profissional de 93,3% variou entre dois e trinta anos, com média de 12,7 anos (DP = 8,2 anos).

As respostas da equipe em relação à LVSC estão apresentadas na Tabela 1.

Os resultados estão apresentados segundo as duas categorias de análise emergentes dos discursos dos sujeitos: potencialidades e fragilidades identificadas no processo da LVSC. Também se relacionaram estes achados com as afirmações por meio dos percentuais com a escala de Likert.

O entendimento dos motivos que possam interferir e/ou facilitar a adesão à LVSC facilita a elaboração de estratégias e ações para reduzir os riscos. Para isso, foi necessário compreender e categorizar as potencialidades e as fragilidades do processo da LVSC. Assim sendo, foram analisadas as repostas das partes 1 e 2 do instrumento e divididas nessas duas categorias. No Quadro 1, verificam-se as questões identificadas como potencialidades.

É possível perceber também as fragilidades identificadas. Acredita-se que questões relacionadas à segurança perpassam diversas fases, e conhecê-las para agir e propor melhorias é fundamental para reduzir erros. Cabe citar como fragilidades as questões que constam no Quadro 2.

Na parte 3 do instrumento, questionou-se a satisfação da equipe quanto à aplicação e ao cumprimento da LVSC. A escala de avaliação da satisfação foi de 0 a 10, sendo de 0 a 2 considerado como muito insatisfeitos, 3 e 4 insatisfeitos, 5 e 6 indiferentes, 7 e 8 satisfeitos, e 9 e 10 muito satisfeitos. A pontuação média quanto à satisfação foi de 7,9, indicando que a maioria dos profissionais está satisfeita com esse processo.

**Tabela 1.** Respostas dos profissionais sobre os fatores que influenciam a adesão à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (n = 30).

Afirmações	DT*	DP <sup>''</sup>	NC,ND&	CP+	CT#
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. A LVSC ( <i>checklist</i> ) proporciona segurança no processo cirúrgico.	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	02 (6,6)	28 (93,3)
2. A LVSC proporciona boa comunicação interpessoal da equipe	00 (0)	01 (3,3)	02 (6,6)	08 (26,6)	19 (63,3)
3. Toda a equipe cirúrgica (médicos, anestesista e equipe de enfermagem) participa ativamente de todas as etapas da LVSC, cumprindo devidamente seu papel.	05 (16,6)	07 (23,3)	04 (13,3)	11 (36,6)	03 (10,0)
4. Me sinto mais seguro em participar de um procedimento em que é aplicada a LVSC, em relação a outro em que não é aplicada.	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (3,3)	02 (6,6)	27 (90,0)
5. Entendo qual é a importância do uso da LVSC e, por este motivo, cumpro todas as etapas determinadas no documento da LVSC.	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (3,3)	03 (10,0)	26 (86,6)
6. A LVSC é muito extensa e demanda muito tempo para aplicação.	24 (80,0)	03 (10,0)	01 (3,3)	02 (6,6)	00 (0,0)
7. A LVSC nem sempre é aplicada em função da pouca praticidade e/ou resistência de alguns membros da equipe.	05 (16,6)	02 (6,6)	02 (6,6)	08 (26,6)	13 (43,3)
8. Os itens da LVSC são suficientes para a realização de uma cirurgia segura.	03 (10,0)	04 (13,3)	00 (0,0)	14 (46,6)	09 (30,0)
9. É necessário retirar itens da LVSC.	23 (76,6)	03 (10,0)	02 (6,7)	02 (6,6)	00 (0,0)
10. É necessário substituir itens da LVSC.	16 (53,3)	03 (10,0)	03 (10,0)	05 (16,6)	03 (10,0)
11. É necessário acrescentar itens da LVSC.	07 (23,3)	01 (3,3)	02 (6,6)	07 (23,3)	13 (43,3)
12. Sempre fizemos uma pausa antes da indução anestésica e incisão cirúrgica para verificação de todos os itens necessários para o procedimento.	10 (33,3)	08 (26,6)	04 (13,3)	06 (20,0)	02 (6,6)
13. A aplicação correta da LVSC reduz os riscos de eventos adversos.	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	04 (13,3)	26 (86,6)

\*Discordo totalmente; '' discordo parcialmente; &nem concordo nem discordo; +concordo parcialmente; #concordo totalmente.

**Quadro 1.** Categoria 1: Potencialidades identificadas no processo da LVSC, conforme as afirmativas levantadas no instrumento de coleta de dados.

(1) A LVSC ( <i>checklist</i> ) proporciona segurança no processo cirúrgico.
(2) A LVSC proporciona boa comunicação interpessoal da equipe.
(4) Me sinto mais seguro em participar de um procedimento no qual é aplicada a LVSC em relação a outro no qual não é aplicado.
(5) Entendo qual a importância do uso da LVSC e, por esse motivo, cumpro todas as etapas determinadas no documento da LVSC.
(6) A LVSC é muito extensa e demanda muito tempo para aplicação.
(8) Os itens da LVSC são suficientes para a realização de uma cirurgia segura.
(13) A aplicação correta da LVSC reduz os riscos de eventos adversos.

**Quadro 2.** Categoria 2: Fragilidades identificadas no processo da LVSC, conforme as afirmativas levantadas no instrumento de coleta de dados.

(3) Toda a equipe cirúrgica (médicos, anestesista e equipe de enfermagem) participa ativamente de todas as etapas da LVSC, cumprindo devidamente seu papel.
(7) A LVSC nem sempre é aplicada em função da pouca praticidade e/ou resistência de alguns membros da equipe.
(12) Sempre fizemos uma pausa antes da indução anestésica e incisão cirúrgica para verificação de todos os itens necessários para o procedimento.

Porém chama a atenção o fato de 26,6% (oito profissionais) não preencherem essa etapa do instrumento (Figura 1).

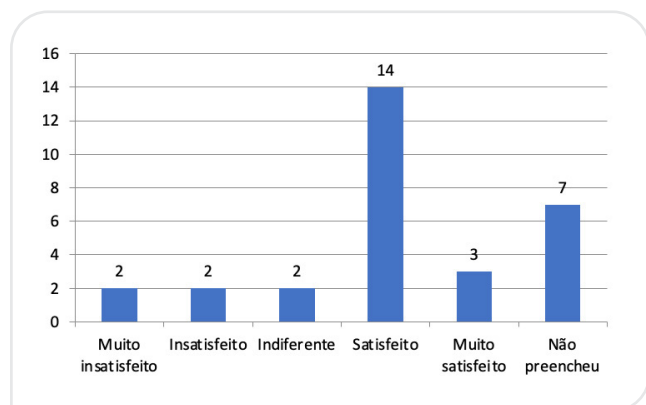
Na parte 4 do instrumento, apenas 23,3% dos participantes responderam às duas alternativas abertas, cujas respostas compõem a discussão do presente artigo. Para isso, os participantes foram identificados por letras e números arábicos, conforme o grupo: E1, TE1, MC1, A1, sendo E para enfermeiro, TE para técnico de enfermagem, MC para médico cirurgião e A para anestesiológico. A sequência dos números foi definida de acordo com a ordem de preenchimento do questionário.

## DISCUSSÃO

O *checklist* é uma ferramenta com a finalidade de reduzir os índices de eventos adversos (EAs) em procedimentos cirúrgicos<sup>15</sup>. Sua utilização praticamente dobrou a chance de os usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados<sup>16</sup>.

Diante desse dado encontrado na literatura, verificou-se que quando os participantes responderam sobre o fato de a LVSC proporcionar segurança no processo cirúrgico, 93,3% concordaram totalmente, o que demonstra que há entendimento da equipe multiprofissional quanto aos processos seguros e que a aplicação adequada minimiza os riscos e as possíveis complicações cirúrgicas.

Aparece também, na afirmação 13, com a qual 86,6% dos participantes concordaram totalmente e 13,3% concordaram parcialmente, que a aplicação correta da LVSC reduz os riscos de EAs, como se observa a seguir:



**Figura 1.** Satisfação dos participantes do estudo quanto à aplicação e ao cumprimento da LVSC pela equipe.

*A equipe de enfermagem apresenta uma boa adesão à realização das etapas do checklist. Acredito que toda a equipe (médica e de enfermagem) entenda a importância da mitigação de riscos que a LVSC pode proporcionar para um procedimento seguro (E1).*

Um estudo realizado em Porto Alegre (RS), com profissionais de enfermagem do CC de um hospital privado, evidenciou que esses profissionais percebem a importância da aplicação do *checklist* e o correlacionam com a segurança do paciente e do trabalhador<sup>17</sup>. Isso também é demonstrado na afirmação 4, com a qual 90,0% concordaram totalmente. Segundo declararam, eles se sentem mais seguros em participar de procedimentos em que a LVSC é aplicada em relação àqueles cuja aplicação não é registrada.

Um dos objetivos preconizados pela utilização da LVSC é a melhora na comunicação interpessoal da equipe multidisciplinar, além de reforçar as práticas de segurança já existentes<sup>8</sup>. No que diz respeito à afirmativa 2, 63,6% dos participantes concordaram totalmente e 26,6% concordaram parcialmente com o fato de a LVSC proporcionar boa comunicação de equipe.

A comunicação interpessoal é sempre um ponto a ser melhorado, e a aplicação do *checklist* proporciona a toda a equipe participar ativamente, porém processos de comunicação ainda são um desafio na área da saúde. Apesar de a maioria entender que a lista proporciona boa comunicação, é percebido como um ponto a melhorar, pois esse é um fator que fragiliza o processo de comunicação. A observação de um participante registrada a seguir ilustra essa reflexão: “*Ainda existe, melhor, ainda deve ser melhorada — e muito — a relação interpessoal da equipe com relação ao respeito principalmente*”. (A2)

Apesar de entender ser um ponto potente na percepção de suas atividades, a hierarquização do cuidado existe e pode interferir no cuidado com o paciente.

Na afirmativa 5, sobre o cumprimento de todas as etapas determinadas no documento da LVSC, 86,6% concordaram totalmente, seguidos de 10,0% que concordaram parcialmente. Isso foi visto como uma potencialidade do processo. No entanto, ao mesmo tempo em que tal resposta é elemento de segurança, quando comparada com as respostas obtidas na afirmativa 3, 16,6% discordaram totalmente e 23,3% discordaram parcialmente. A percepção dos membros da equipe quanto ao caráter sistêmico aponta a dificuldade de os participantes entenderem seus papéis e a visão sobre as melhores práticas para obter os melhores resultados.

Uma das maiores dificuldades encontradas é a resistência e o desinteresse da equipe médica em realizar o *checklist*<sup>17</sup>. O resultado da questão 3, discutida anteriormente, demonstra que há fragilidade na adesão de toda a equipe à aplicação da LVSC, e a maior dificuldade encontrada para o bom desempenho está na própria equipe. Como evidenciamos na observação a seguir: “A LVSC não está sendo aplicada corretamente; equipes cirúrgicas não prestam atenção; funcionário deve fazer a parte dele em voz alta” (A5).

Diante desse cenário, identificamos deficiência na adesão de parte da equipe à aplicação do *checklist* ou em considerar todas as etapas, o que se constitui uma porta de entrada para falhas e EAs. Isso impacta também no relacionamento interpessoal, podendo causar atritos e/ou constrangimentos para os outros membros da equipe. Na afirmação 7, 43,3% dos participantes concordam totalmente e 26,6% concordam parcialmente que nem sempre a LVSC é aplicada em função da pouca praticidade e/ou resistência de alguns membros da equipe.

Os comentários a seguir ilustram algumas dificuldades encontradas pela equipe na participação ativa: “Necessitamos melhorar a conscientização das equipes assistenciais, que muitas vezes passam, ou gostariam de passar por cima desta etapa (da realização do questionário da LVSC), por pressa para iniciar o procedimento” (A3); “Ainda temos cirurgias que se recusam a responder ao checklist. Poderia haver educação continuada in loco para conscientização destes” (TE14); “Seria interessante se a equipe médica fosse mais participativa em relação ao checklist, pois muitas vezes não é levada em consideração sua importância” (TE5).

Os comentários expõem uma preocupação por parte da equipe pela falta de adesão ou pelo fato de alguns membros da equipe não julgarem a aplicação da LVSC como um procedimento necessário e útil.

Na parte 1 do instrumento de coleta de dados, em relação à capacitação dos profissionais para o uso da LVSC, 72,7% dos médicos não se lembravam ou responderam que não fizeram capacitação para uso da LVSC; em relação à equipe de enfermagem, 94,7% responderam que foram capacitados para o uso da LVSC. Esse dado nos remete à reflexão sobre a necessidade de realizar capacitação periodicamente, incluindo a equipe médica, de forma que haja melhor aprovação do uso do *checklist* e que todos da equipe participem ativamente da sua aplicação e com o mesmo nível de entendimento. Pode-se inferir que o pouco envolvimento ou a menor adesão da equipe médica nesse processo sejam decorrentes do não envolvimento deles nos processos assistenciais do hospital em estudo.

Na afirmação 12, 59,9% discordaram da pausa antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica para verificação dos itens de segurança, conforme preconizado nas melhores práticas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que, antes da indução anestésica, seja realizado o *sign in* para verificações de segurança do procedimento<sup>6</sup>. Nessa etapa, é necessário que estejam presentes profissionais da anestesia e da enfermagem. Antes da incisão, deve ser realizado o *time out*, para outras verificações de segurança. Essa etapa envolve todos os elementos da equipe.

Essas etapas não são realizadas por falta de adesão à aplicação da LVSC por parte de alguns membros da equipe cirúrgica, e um dos fatores encontrados foi a falta de capacitação que, conseqüentemente, acarreta a não compreensão da utilidade da LVSC.

Perguntados se identificavam a necessidade de acrescentar itens na LVSC, 43,3% dos participantes do estudo concordaram totalmente e 16,6% incluíram, na parte 4 do instrumento, a demarcação de lateralidade. Conforme comentário a seguir, a LVSC da instituição segue o modelo preconizado pela OMS: “A LVSC desta instituição foi reformulada recentemente, obedecendo ao modelo da OMS” (E5).

Porém, no instrumento da instituição do estudo, há um campo para descrever a lateralidade do procedimento, mas não especifica se o local da incisão está demarcado. Na LVSC proposta pela OMS, há um campo específico para identificar se foi realizada a demarcação e outro para confirmar com o paciente o sítio cirúrgico. A OMS sugere que a LVSC seja adaptada para a realidade de cada instituição, podendo ser acrescentados e/ou modificados itens, porém não recomenda a retirada dos itens preconizados<sup>6</sup>.

Entre janeiro e dezembro de 2021, foram notificados, no Brasil, 11 casos de procedimentos realizados no lado errado do corpo e 28 casos no local errado<sup>9</sup>. Esses dados apontam riscos para a segurança do paciente, demonstrando a necessidade de manter os itens preconizados pela OMS, como a demarcação da lateralidade, que melhora a visibilidade da equipe cirúrgica e garante que o procedimento seja realizado no sítio cirúrgico correto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar o reconhecimento da aplicabilidade da LVSC pelos profissionais e os benefícios envolvidos na segurança do processo cirúrgico. Apesar de contraditório, uma das fragilidades foi a baixa adesão da

equipe ao passo a passo do *checklist* e a percepção dos profissionais da enfermagem de que a equipe médica pode ser mais proativa e participativa nesse processo. Por outro lado, foi evidenciado que a maioria dos médicos não recebeu capacitação ou não se lembra de ter sido capacitada para o uso da LVSC, afirmando a importância dessa capacitação, diferentemente dos profissionais da enfermagem, que afirmam sua participação na capacitação.

Acredita-se que ter um plano de educação permanente para toda a equipe multiprofissional pode sensibilizá-la e promover sua melhor integração e, dessa forma, trazer benefícios para todos os profissionais envolvidos no processo cirúrgico, seja na comunicação, no clima organizacional e mais satisfação quanto a esse processo, impactando na segurança do paciente. Embora seja relatado por todos os profissionais que a equipe de médicos cirurgiões é a que tem menor adesão à LVSC, estes reconhecem que o *checklist* proporciona mais segurança para a prática dos procedimentos.

Foi identificado que alguns itens precisam ser acrescentados à LVSC, como a demarcação da lateralidade e a confirmação com o paciente do sítio cirúrgico. Ambos estão presentes na LVSC proposta pela OMS, que permite melhor visualização do sítio cirúrgico pela equipe assistencial, minimizando o risco da ocorrência de *never events*.

Entendemos que há limitações neste estudo pelo fato de poucos médicos cirurgiões terem participado, o que poderia nos levar a outros resultados. Porém foi possível identificar

algumas fragilidades, permitindo a promoção de ações que melhorem a efetividade da LVSC e a adesão de todos os profissionais, impactando, de forma positiva, na segurança do paciente cirúrgico na instituição.

## FUNTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

## CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**CCS:** Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita — primeira redação, Escrita — revisão & edição. **ADB:** Curadoria de dados, Análise formal, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita — revisão & edição. **ECMS:** Investigação, Recursos. **TPPR:** Investigação, Recursos.

## REFERÊNCIAS

1. Lanzoni GMM, Goularte AF, Koerich C, Reisdorfer E, Miotello M, Meirelles BHS. Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1184. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190032>
2. Bates DW, World Health Organization. Patient safety research: introductory course: session 1. What's patient safety? [Internet]. 2010 [acessado em 25 set. 2019] Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/research/ps\\_online\\_course\\_session1\\_intro\\_1in1\\_english\\_2010\\_en.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ps_online_course_session1_intro_1in1_english_2010_en.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acessado 20 fev. 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Documento para referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acessado 18 set. 2019]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
5. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União.* 2013.
6. Organização Mundial de Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [acessado 20 jul. 2019]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf)

7. Mafra CR, Rodrigues MCS. Lista de verificação de segurança cirúrgica: uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. *Rev Cuid Fund*. 2018;10(1):268-75. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275>
8. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7ª ed. São Paulo: Manole/SOBECC; 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de notificações dos estados – Eventos Adversos – Arquivos [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2021 [acessado 12 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados>
10. Giannattasio MB, Taniguchi FP. Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. *Rev SOBECC*. 2016;21(3):125-31. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030002>
11. Gutierrez LS, Santos JLG, Barbosa SFF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative: perspective of nurses. *Rev Latino-Am Enferm*. 2019;27:e3108. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2711.3108>
12. Marquioni FSN, Moreira TR, Diaz FBBS, Ribeiro L. Cirurgia segura: avaliação da adesão ao *checklist* em hospital de ensino. *Rev SOBECC*. 2019;24(1):22-30. <https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010006>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. 2013;Seção 1 [acessado 7 dez. 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Neta AF, Tonini NS, Luz MS, Martins LK, Oliveira RP, Santos P. Segurança do paciente e cirurgia segura: taxa de adesão ao *checklist* de cirurgia segura em um hospital escola. *Rev Nursing* [Internet]. 2019 [acessado 20 nov. 2021];22(259):3379-82. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/436/411>
16. Mendes PJA, Araújo KCGS, Morgan PEM. Atuação do enfermeiro na prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico, utilizando SAEP. Editorial BIUS [Internet]. 2020 [acessado 20 nov. 2021];19(13):1-17. Disponível em: <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7661>
17. Gomes CDPP, Santos AA, Machado ME, Treviso P. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do *checklist* cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2016;21(3):140-5. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030004>

