

Adesão ao preenchimento do *checklist* de cirurgias seguras oftalmológicas

Adherence to the completion of the safe surgery checklist in ophthalmic surgeries

Adhesión al llenado del checklist de cirugías seguras oftalmológicas

Aline Sousa Falcão^{1*} , Poliana Pereira Costa Rabelo¹ , Danielle de Jesus Leite Cruz dos Santos¹ , Aurean D'Eça Junior¹ , Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim¹ , Nádia Alessa Venção de Moura¹ 

RESUMO: **Objetivo:** Identificar a adesão ao preenchimento da lista de verificação de cirurgia segura de um centro cirúrgico oftalmológico. **Método:** Estudo descritivo, observacional, realizado em um centro cirúrgico oftalmológico de um hospital de ensino, que envolveu a coleta de dados em 162 cirurgias oftalmológicas. Os dados foram coletados por meio de um instrumento adaptado do *checklist* de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) e submetidos à análise estatística utilizando o *software* R. **Resultados:** Verificou-se alta adesão nos itens relacionados à identificação do paciente (100%/162), seguida da presença do oxímetro de pulso no paciente (98,10%/159) e da demarcação do sítio cirúrgico (94,40%/153). Por outro lado, os itens com menor adesão foram a contagem de material (10,50%/17), a apresentação dos membros da equipe (11,10%/18) e a verificação da segurança anestésica (30,90%/50). **Conclusão:** Embora o *checklist* tenha sido amplamente utilizado em todas as intervenções cirúrgicas observadas, a conformidade no preenchimento dos itens variou, especialmente no terceiro momento, indicando barreiras na adesão. A falta de preenchimento completo sugere dificuldades na adoção de práticas seguras e aponta para a necessidade de treinamentos contínuos e mudanças na cultura organizacional.

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

ABSTRACT: **Objective:** To identify adherence to completing the safe surgery checklist at an ophthalmic surgical center. **Method:** A descriptive, observational study was conducted at the ophthalmic surgical center of a teaching hospital, involving data collection from 162 ophthalmic surgeries. Data were gathered using an instrument adapted from the World Health Organization's (WHO) safe surgery checklist and subjected to statistical analysis using R software. **Results:** High adherence was observed in items related to patient identification (100%/162), followed by the presence of a pulse oximeter on the patient (98.10%/159) and surgical site marking (94.40%/153). Conversely, the items with the lowest adherence were material count (10.50%/17), team member introductions (11.10%/18), and anesthetic safety verification (30.90%/50). **Conclusion:** Although the checklist was widely used in all observed surgical procedures, compliance with completing the items varied, particularly in the third phase, indicating barriers to adherence. The lack of full completion suggests difficulties in adopting safe practices and highlights the need for ongoing training and changes in organizational culture.

Keywords: Checklist. Patient safety. Perioperative nursing. Ophthalmologic surgical procedures.

RESUMEN: **Objetivo:** Identificar la adhesión al llenado del *checklist* de cirugía segura en un centro quirúrgico oftalmológico. **Método:** Estudio descriptivo, observacional, realizado en un centro quirúrgico oftalmológico de un hospital universitario, que involucró la recolección de datos de 162 cirugías oftalmológicas. Los datos fueron recolectados mediante un instrumento adaptado del *checklist* de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y analizados estadísticamente utilizando el *software* R. **Resultados:** Se observó una alta adhesión en los ítems relacionados con la identificación del paciente (100%/162), seguido de la presencia de un oxímetro de pulso en el paciente (98,10%/159) y la marcación del sitio quirúrgico (94,40%/153). Sin embargo, los ítems con menor adhesión fueron la cuenta del material (10,50%/17), la presentación de los miembros del

¹Universidade Federal do Maranhão – São Luís (MA), Brasil.

Autora correspondente: aline.falcao@discente.ufma.br

Recebido: 29/03/2024. Aprovado: 15/08/2024

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202429985>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

equipo (11,10%/18) y la verificación de la seguridad anestésica (30,90%/50). **Conclusión:** Aunque el *checklist* fue utilizado en todas las intervenciones quirúrgicas observadas, la conformidad en el llenado de los ítems varió, especialmente en la tercera fase, lo que indica barreras en la adhesión. La falta de cumplimiento completo sugiere dificultades en la adopción de prácticas seguras y señala la necesidad de entrenamientos continuos y cambios en la cultura organizacional.

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

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o intuito de melhorar a segurança do paciente cirúrgico e reduzir eventos adversos e danos. Posteriormente, em 2008, foi instituído o programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, com o objetivo de diminuir os eventos adversos e padronizar ações de segurança na assistência ao paciente cirúrgico¹. A operacionalização desse programa aborda a adoção de ações e a implantação de ferramentas que auxiliem na redução de eventos adversos, entre elas a lista de verificação de cirurgia segura, que consiste em um *checklist* de boas condutas. A lista de verificação contempla três etapas: primeira: antes da indução anestésica (do inglês *sign in*), segunda: antes da incisão cirúrgica (do inglês *timeout*) e terceira: antes de o paciente sair da sala operatória (do inglês *sign out*)².

A aplicação dessa ferramenta é uma estratégia destinada a auxiliar a equipe cirúrgica durante a assistência ao paciente no período transoperatório, além de facilitar a comunicação entre os membros da equipe. Isso se deve ao fato de que a lista de verificação é um instrumento de fácil compreensão e aplicação por qualquer membro da equipe de cirurgia. Portanto, a adesão ao *checklist* representa a checagem completa de todos os itens que compõem o instrumento, promovendo assim a segurança cirúrgica¹.

Os procedimentos cirúrgicos oftalmológicos são atualmente dos mais realizados tanto em hospitais quanto em ambulatorios. Essas intervenções estão associadas à maior taxa de complicações documentadas, das quais a metade está relacionada com implante incorreto de lentes intraoculares (63,2%), cirurgia ocular incorreta (14,2%), bloqueio ocular incorreto (13,2%), erros envolvendo o paciente ou o procedimento (7,55%) e transplante incorreto (1,89%)³.

Em estudo envolvendo 18.081 procedimentos oftalmológicos, foram documentados eventos adversos que quase ocorreram em 53 casos (0,29%) relacionados ao lado incorreto e envolvendo implantes de lentes em 52 pacientes (0,59% das cirurgias de catarata)⁴.

Justifica-se, nesta pesquisa, que estudos sobre a adesão e a utilização do *checklist* ainda são escassos, particularmente, no contexto da prática cirúrgica oftalmológica, ressaltando a necessidade de pesquisar sobre a temática, uma vez que o instrumento se apresenta como uma ferramenta essencial para avaliar a qualidade da assistência prestada e as medidas voltadas para a segurança do paciente.

Analisar a adesão dos profissionais da saúde ao *checklist* de cirurgias seguras salvam vidas é fundamental para compreender a maneira como essa ferramenta tem sido empregada na assistência cirúrgica. É igualmente importante examinar os aspectos que influenciam a adesão e identificar as fragilidades no processo que possam ser corrigidas, a fim de assegurar que o *checklist* tenha o impacto desejado na segurança do paciente cirúrgico.

OBJETIVO

Identificar a adesão ao preenchimento da lista de verificação de cirurgia segura de um centro cirúrgico oftalmológico.

MÉTODO

Estudo transversal, observacional, conduzido em um centro cirúrgico oftalmológico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), localizado na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. Nesse centro cirúrgico oftalmológico, são realizadas intervenções em diferentes subespecialidades, incluindo correção de estrabismo, transplante de córnea e cirurgia antiglaucomatosa. Os dados da pesquisa foram coletados durante todo o mês de março de 2021, de acordo com o cronograma estabelecido no projeto de pesquisa, nos turnos matutino e vespertino, pelos pesquisadores responsáveis.

Para o cálculo da amostra, foi utilizada a seguinte fórmula⁵:

$$n=[N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)] / [(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)]$$

Onde:

n: tamanho da amostra a ser calculada;

N: tamanho da população;

Z: nível de confiança;

e: erro amostral;

p: distribuição da população.

Assim, com base na média populacional de 230 pacientes (N=230) por mês e considerando o intervalo de confiança de 95% e a margem de erro de 5%, determinou-se a amostra de 145 cirurgias para este estudo. No entanto, durante o período de coleta de dados, foi possível obter informações referentes a 162 cirurgias (n=162) de pacientes tratados no Centro de Referência em Oftalmologia do HU-UFMA.

Foram incluídos na pesquisa pacientes adultos e crianças de ambos os sexos e sem restrição de faixa etária, que foram submetidos a cirurgias no centro cirúrgico oftalmológico, procedimentos nos quais o protocolo de cirurgia segura foi aplicado.

Dado que o *checklist* é uma prática de segurança estabelecida nos centros cirúrgicos da instituição, nesta pesquisa não houve critérios de exclusão.

O estudo foi conduzido por meio de observação aleatória não probabilística das cirurgias. A autorização dos profissionais da equipe cirúrgica (enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgião e anestesista) para observar o *checklist* de cirurgia

segura se deu mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE também foi apresentado aos pacientes, informando-os sobre a pesquisa e solicitando permissão para coletar seus dados.

O instrumento utilizado é uma adaptação do *checklist*-padrão da OMS feito pelos pesquisadores. Depois de sua elaboração, os pesquisadores foram treinados para coletar os dados. O instrumento foi utilizado para verificar se os itens contemplados foram realizados pela equipe nos momentos apropriados.

As respostas possíveis incluíam “sim”, “não” e “não se aplica”. A marcação de “sim” indicava que o item foi realizado no momento indicado pela OMS e de maneira adequada pela equipe, “não” indicava não execução do item ou que foi executado fora do momento indicado e “não se aplica” foi marcado quando o item não era pertinente àquela cirurgia ou não era possível aquela verificação específica, conforme indicado pelo protocolo.

Esse instrumento foi aplicado dentro das salas cirúrgicas, durante a assistência ao paciente no período transoperatório, abrangendo desde sua entrada na sala até sua saída, e foi dividido em três momentos distintos (Quadro 1).

Os dados descritivos foram analisados por meio do *Microsoft Office Excel* (versão 1.0, 2016, *Microsoft 365*, Estados Unidos) e do *software* estatístico R (versão 2023.03.1+446, 2019, *R Foundation for Statistical Computing*, Áustria).

Quadro 1. Etapas destinadas para aplicar o *checklist* de cirurgias seguras salvam vidas.

1ª etapa: antes da indução anestésica	Identificação do paciente
	Demarcação do sítio cirúrgico
	Verificação da segurança anestésica
	Presença e funcionamento do oxímetro de pulso no paciente
	Identificação de alergias
	Avaliação da via aérea difícil/risco de aspiração
	Risco de perda sanguínea superior a 500 mL
2ª etapa: antes da incisão cirúrgica	Apresentação de todos os membros da equipe por nome e função, com confirmação verbal, pelo cirurgião, pelo anestesista e pela equipe de enfermagem e identificação do paciente, do sítio cirúrgico e do procedimento a ser realizado
	Verificação dos eventos críticos previstos pelo cirurgião, pelo anestesista e pela equipe de enfermagem
	Administração da profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos
	Disponibilidade das imagens essenciais
3ª etapa: antes de o paciente sair da sala cirúrgica	Registro completo do procedimento intraoperatório
	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas
	Identificação da amostra para análise anatomopatológica
	Resolução de quaisquer problemas com equipamentos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) e recebeu aprovação, com registro CAAE: 36400720.2.0000.5086 e número de parecer 4.357.652.

RESULTADOS

Os dados obtidos da aplicação do *checklist* de cirurgia segura no centro cirúrgico oftalmológico foram divididos em quatro momentos, conforme o *checklist* de cirurgia segura da OMS, que foi adaptado para ser aplicado nas cirurgias oftalmológicas da instituição. Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição da amostra por variáveis relativas ao preenchimento dos itens relacionados ao primeiro momento.

Tabela 1. Preenchimento dos itens relativos ao primeiro momento: antes da indução anestésica (identificação). São Luís (MA), Brasil, 2021.

Variáveis	Categorias	n=162	%
1. Paciente confirmou			
a. Identidade	Sim	162	100,00
b. Sítio cirúrgico	Sim	162	100,00
c. Procedimento	Sim	162	100,00
d. Consentimento	Sim	162	100,00
2. O sítio cirúrgico foi demarcado			
	Sim	153	94,40
	Não	9	5,60
3. Verificação de segurança anestésica concluída			
	Sim	50	30,90
	Não	112	69,10
4. Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento			
	Sim	159	98,10
	Não	3	1,90
5. O paciente possui			
a. Alergia conhecida	Sim	11	6,80
	Não	151	93,20
b. Via aérea difícil/risco de aspiração	Sim	11	6,80
	Não	151	93,20
c. Risco de perda sanguínea >500 mL	Sim	11	6,80
	Não	151	93,20
6. A profilaxia antimicrobiana foi realizada?			
	Sim	151	93,20
	Não se aplica	11	6,80
7. As imagens essenciais estão disponíveis?			
	Sim	156	96,30
	Não	6	3,70

Fonte: elaborada pelos autores.

Durante o período do estudo, observou-se que o *checklist* foi aplicado em todas as cirurgias oftalmológicas, alcançando a taxa de 100% de implementação. Todos os itens relacionados à confirmação com o paciente foram seguidos integralmente, representando a adesão de 100% nas cirurgias (162), enquanto o sítio cirúrgico foi demarcado em 94,40% delas (153). Entretanto, apenas 30,90% dos procedimentos (50) foram submetidos à verificação da segurança anestésica. Por fim, a presença do oxímetro de pulso no paciente foi constatada em 98,10% das intervenções (159).

Os dados referentes ao segundo momento do *checklist* de cirurgia segura estão exemplificados na Tabela 2. Esse momento revelou taxa de adesão mais baixa no componente que diz respeito à apresentação de todos os membros da equipe por nome e função, sendo efetivamente confirmado em apenas 11,10% das cirurgias (18).

A confirmação da identificação do paciente pela equipe composta por cirurgião, anestesiolista e enfermagem foi efetuada pelos profissionais em 94,40% das cirurgias (153).

Tabela 2. Preenchimento dos itens relativos ao segundo momento: antes da incisão cirúrgica (confirmação). São Luís (MA), Brasil, 2021.

Variáveis	Categorias	n=162	%
1. Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e pela função			
	Sim	18	11,10
	Não	144	89,00
2. Cirurgião, anestesiolista e equipe de enfermagem confirmaram			
a. Identificação do paciente	Sim	153	94,40
	Não	9	5,60
b. Sítio cirúrgico	Sim	154	95,10
	Não	8	4,90
c. Procedimento	Sim	155	95,70
	Não	7	4,30
3. Eventos críticos previstos			
a. Revisão do cirurgião	Sim	6	3,70
	Não	154	95,10
	Não se aplica	2	1,20
b. Revisão da equipe de anesthesiologia	Sim	2	1,20
	Não	158	97,60
	Não se aplica	2	1,20
c. Revisão da equipe de enfermagem	Sim	151	93,20
	Não	9	5,60
	Não se aplica	2	1,20

Fonte: elaborada pelos autores.

Além disso, a confirmação do sítio cirúrgico e do procedimento foi observada em 95,10% (154) e 95,70% (155) das intervenções, respectivamente. Destaca-se que, dentre os membros da equipe cirúrgica, os profissionais de enfermagem conduziram mais revisões dos eventos críticos previstos em cirurgias, totalizando 93,20% dos procedimentos (151).

Os dados referentes ao terceiro momento estão detalhados na Tabela 3. A confirmação verbal pela equipe de enfermagem ou médica com a equipe cirúrgica sobre o registro completo do procedimento intraoperatório foi efetuada em 82,10% das cirurgias (133). A verificação da contagem de instrumentais, compressas e agulhas não foi confirmada verbalmente em 89,50% (145). Por outro lado, as preocupações essenciais para recuperação e manejo do paciente pela equipe foram revisadas em 100% dos casos (162).

DISCUSSÃO

A utilização do *checklist* facilita a verificação de aspectos cruciais para a segurança do paciente, como identificação correta, confirmação de alergias e demarcação do local da cirurgia antes da administração da anestesia.

Na instituição hospitalar do presente estudo, foi implantado o Protocolo de Cirurgia Segura em 2014 como parte da reestruturação dos seus centros cirúrgicos, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes do Sistema

Único de Saúde (SUS). A condução deste estudo, sete anos depois da implantação e da revisão do *checklist* na instituição, permitiu coletar informações sobre a adesão ao preenchimento, pelos profissionais de saúde, do protocolo desenvolvido pela OMS. Esse aspecto contribuiu para aprofundar a compreensão de um tema ainda pouco explorado na literatura científica, mas fundamental para fortalecer a segurança do paciente submetido a cirurgias oftalmológicas.

A pesquisa revelou que, apesar de a documentação de conformidade com a lista de verificação de segurança cirúrgica ter sido realizada em todos os casos observados, foi identificado variação na adesão ao preenchimento de acordo com as etapas de verificação. Notadamente, no primeiro momento, apenas os aspectos relacionados à identificação do paciente e à confirmação de alergias alcançaram 100% de adesão ao preenchimento (162), isso indica que os profissionais de saúde reconhecem a importância de confirmar e preencher essas informações antes de iniciar qualquer fase do processo perioperatório⁶.

A demarcação do sítio cirúrgico foi registrada em 94,4% dos casos (153), destacando a atuação mais efetiva da equipe de enfermagem na confirmação com a equipe no que se refere ao item demarcação do sítio cirúrgico. A demarcação da lateralidade é uma prática amplamente adotada em cirurgias e outros procedimentos invasivos em nível global. Feita pelo médico integrante da equipe cirúrgica, ressaltando a importância da participação do paciente na confirmação do local da intervenção⁷, é essencial antes de transferi-lo para o centro cirúrgico, com o intuito de prevenir erros.

Notadamente, os itens mais frequentemente assinalados são aqueles diretamente ligados ao risco de morte, como “alergias”, “via aérea comprometida” e “risco de hemorragia”. Itens percebidos como críticos ou de maior risco tendem a receber mais atenção e adesão por parte dos profissionais responsáveis por sua verificação⁸.

Quanto à segurança anestésica, sua verificação ocorreu em apenas 30,90% das cirurgias (50). Em estudo que avaliou a associação do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica com eventos adversos relacionados à anestesia em unidades públicas e privadas de saúde da Etiópia, entre dezembro de 2020 e maio de 2021, constatou-se que 71,5% das cirurgias não apresentaram complicações anestésicas decorrentes da verificação da segurança anestésica por meio do *checklist*⁹. Essa avaliação é fundamental para detectar fatores que podem desencadear eventos potencialmente graves, levando a incapacidades permanentes ou óbito. Além disso, um processo de verificação adequado é essencial para um

Tabela 3. Preenchimento dos itens relativos ao terceiro momento: antes de o paciente sair da sala de operações (registro). São Luís (MA), Brasil, 2021.

Variáveis	Categorias	n=162	%
1. O profissional da equipe de enfermagem ou equipe médica confirmou verbalmente com a equipe			
a. Registro completo do procedimento intraoperatório	Sim	133	82,10
	Não	29	17,90
b. Contagem de instrumentais, compressas e agulhas	Sim	17	10,50
	Não	145	89,50
c. Identificação de amostra para anatomia patológica	Sim	37	22,80
	Não se aplica	125	77,20
d. Problema com equipamento a ser resolvido	Não	162	100
2. A equipe revisou preocupações essenciais para recuperação e manejo do paciente			
	Sim	162	100

Fonte: elaborada pelos autores.

planejamento preciso, o que, por sua vez, auxilia na redução de complicações¹⁰.

No que diz respeito ao segundo momento, notou-se que o componente com menor taxa de adesão ao preenchimento foi a apresentação de todos os membros da equipe por nome e função, o que não ocorreu em 89% das cirurgias (144). Observou-se menor adesão a esse critério nesta pesquisa em comparação com estudo brasileiro que analisou *checklists* de cirurgias ortopédicas, em que a equipe se apresentou antes da incisão cirúrgica, revisou o plano cirúrgico e discutiu possíveis intercorrências em 48,2% dos procedimentos¹¹. Da mesma forma, um estudo sueco revelou que, em 58% dos procedimentos, a equipe se apresentou por nome e função¹².

A apresentação da equipe cirúrgica aumenta a interação dos profissionais, resultando em melhora do entendimento das responsabilidades individuais e respostas mais ágeis em situações inesperadas¹³.

Os itens de confirmação com o cirurgião sobre a identificação do paciente, por sua vez, foram verificados em 94,40% das cirurgias (153); do sítio cirúrgico, em 95,10% (154); e do procedimento, em 95,70% (155). Esse resultado evidencia adesão superior ao preenchimento desses itens da lista de cirurgia segura comparado com o resultado de um estudo conduzido na Suécia, no qual apenas 25% das cirurgias observadas tiveram confirmação do sítio operatório pela equipe, enquanto a identidade do paciente foi confirmada em 83% das intervenções. Destaca-se que especialidades cirúrgicas que envolvem dupla lateralidade, como é o caso da oftalmológica, apresentam maior possibilidade de erro¹⁴.

Já os eventos críticos previstos, conforme descritos neste estudo, foram mais frequentemente identificados pela equipe de enfermagem. Esse resultado é coerente com as expectativas, considerando que o enfermeiro, geralmente, é responsável por liderar a lista de verificação, embora qualquer membro da equipe cirúrgica possa desempenhar esse papel. A presença predominante do enfermeiro na sala operatória, com o tempo prolongado de cuidado ao paciente cirúrgico, oferece ao profissional a oportunidade de identificar potenciais complicações¹⁵.

A etapa do segundo momento que registrou maior conformidade com o *checklist* foi a administração de profilaxia antimicrobiana — 93,20% dos casos (151). Os restantes 6,80% (11) referiram-se àqueles em que o uso de antibioticoprofilaxia não era necessário, como nas cirurgias de pterígio.

O presente estudo demonstrou adesão ao preenchimento superior a esse item em comparação com os resultados de estudo brasileiro, que indicou taxa de conformidade de apenas 85,2% na administração de antibioticoprofilaxia¹¹.

A antibioticoprofilaxia deve seguir os protocolos institucionais estabelecidos, os quais determinam as medidas a serem adotadas em todas as cirurgias para prevenir infecções e assegurar a segurança do paciente¹⁶.

Em relação aos dados do terceiro momento, o estudo revelou que a confirmação verbal pelas equipes de enfermagem e médica com a equipe cirúrgica, sobre o registro completo do procedimento intraoperatório, foi efetuada em 82,10% dos procedimentos cirúrgicos (133). Essa confirmação verbal de elementos essenciais para a prevenção de erros representa um compromisso por parte de todos os profissionais da equipe presente na sala cirúrgica, indicando que a cirurgia foi conduzida sem incidentes significativos ou que os riscos pertinentes foram devidamente verificados¹⁷.

O registro verbal da contagem de instrumentais, compressas e agulhas não foi confirmado em 89,50% das cirurgias (145), em conformidade com os achados de pesquisas realizadas no Brasil, nas quais a verificação desse item variou de 39,5 a 77,4%. Esse resultado evidencia falta de adesão significativa por parte dos profissionais à conferência desses elementos^{11,18}. A contagem de instrumentais desempenha um papel crucial para evitar a retenção acidental de materiais, cujas consequências podem ser graves para o paciente, incluindo internações prolongadas, procedimentos cirúrgicos adicionais de alto risco, custos hospitalares substanciais e, em casos extremos, óbito. Esse procedimento deve ocorrer em toda cirurgia, pois a retenção de itens cirúrgicos pode acontecer não somente em cirurgias de cavidades extensas¹⁹.

A análise do preenchimento do *checklist* nos três momentos do estudo deixou claro que o primeiro momento apresentou menos inconsistências em comparação com os outros dois. Em estudo que investigou o cumprimento das etapas do *checklist* em um hospital estadual e um hospital universitário da Turquia, também foi observado que o primeiro momento foi o mais preenchido (69,5%) em comparação com os demais da lista de verificação de cirurgia segura, isso confirma que os itens do primeiro momento são mais frequentemente preenchidos que os dos dois subsequentes do *checklist*^{20,21}.

Contribuições para a enfermagem perioperatória

Como potencialidade do estudo, tem-se a originalidade da pesquisa, considerando a escassez de dados na literatura nacional e internacional sobre a adesão ao protocolo de cirurgia segura em procedimentos oftalmológicos. Os resultados obtidos têm o potencial de fornecer orientação para o desenvolvimento de medidas institucionais, visando aprimorar o

registro da verificação dos itens do *checklist* e consequentemente promovendo uma prática profissional mais voltada para a segurança do paciente.

Limitações do estudo

As limitações da presente pesquisa podem estar relacionadas à população do estudo, composta exclusivamente por profissionais de uma instituição pública federal do SUS. Adicionalmente, os dados foram coletados em um único mês, o que pode restringir os resultados. Além disso, ressalta-se a necessidade de conduzir pesquisas direcionadas à implementação desse *checklist* em contextos de instituições privadas de saúde.

CONCLUSÃO

O *checklist* foi empregado em todas as intervenções cirúrgicas observadas. Embora o manual da OMS permita que qualquer membro da equipe cirúrgica aplique o *checklist*, na instituição onde se desenvolveu o estudo, observou-se que, em 100% das cirurgias (162) acompanhadas, o *checklist* foi preenchido exclusivamente pela equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A taxa de adesão ao preenchimento dos itens de verificação variou entre as etapas do *checklist*, sendo a maior registrada no primeiro momento e a menor, no terceiro. A menor adesão ao preenchimento do instrumento, ou seja, a não checagem de todos os itens, observada no terceiro momento, indica a necessidade de reconhecer e superar as barreiras que contribuem para a baixa adesão e promover mudanças na cultura organizacional.

A falta de registros completos sugere a dificuldade de a equipe cirúrgica adotar práticas seguras. Portanto, são necessários treinamentos contínuos e esforços por parte da equipe gestora do centro cirúrgico. O aumento na conformidade com o protocolo está intrinsecamente ligado ao

reconhecimento, por parte da equipe cirúrgica, de que o *checklist* representa uma ferramenta eficaz para promover segurança na rotina cirúrgica, o que resultará em melhorias não apenas para o paciente, mas também para a eficácia do trabalho em equipe.

Destaca-se a necessidade de estudos adicionais, que abranjam uma variedade de perfis institucionais e profissionais de saúde, a fim de compreender as disparidades na adesão à aplicação do protocolo de cirurgia segura em procedimentos oftalmológicos e, consequentemente, identificar os fatores associados à dificuldade de adesão.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Brasil – Finance Code 001, com fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

ASF: Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Software. PPCR: Administração do projeto, Análise formal, Redação – revisão e edição, Supervisão, Validação. DJLCS: Análise formal, Redação – revisão e edição. ADJ: Análise formal, Metodologia, Redação – revisão e edição, Supervisão. ILTPR: Redação – revisão e edição, Visualização, Supervisão. NAVM: Redação – revisão e edição, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Barreto FC, Santos JP, Moura MLC. Implantação da lista de verificação de cirurgia segura: revisão integrativa. *Glob Acad Nurs*. 2021;2(Sup. 3):e186. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200180>
2. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: 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 em 13 maio 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/cirurgias-seguras-salvam-vidas-manual>

3. Parikh R, Palmer V, Kumar, Simon JW. Surgical confusions in ophthalmology: description, analysis, and prevention of errors from 2006 through 2017. *Ophthalmology*. 2020;127(3):296-302. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2019.07.013>
4. Weingessel B, Haas M, Vécsei C, Vécsei-Marlovits PV. Clinical risk management – a 3-year experience of team timeout in 18.081 ophthalmic patients. *Acta Ophthalmol*. 2017;95(2):e89-e94. <https://doi.org/10.1111/aos.13155>
5. Prática clínica. Cálculo amostral [Internet]. [acessado em 13 maio 2024]. Disponível em: <https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>
6. Lemos CS, Poveda VB. Effect of implementing an anesthesia nurse checklist in a safety and teamwork climate: quasi-experimental study. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210471. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0471en>
7. Silva CC, Beck AD, Silva ECM, Rodrigues TPP. Fatores que influenciam a adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica. *Rev SOBECC*. 2022;26(4):212-9. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040004>
8. Rinaldi LC, Matilde JD, Prata RA, Castro AB, Avila MAG. Adesão ao *checklist* de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. *Rev SOBECC*. 2019;24(4):185-92. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040003>
9. Sibhatu MK, Taye DB, Gebreegziabher SB, Mesfn E, Bashir HM, Varallo J. Compliance with the World Health Organization's surgical safety checklist and related postoperative outcomes: a nationwide survey among 172 health facilities in Ethiopia. *Patient Saf Surg*. 2022;16(1):20. <http://doi.org/10.1186/s13037-022-00329-6>
10. Ribeiro L, Fernandes GC, Souza EG, Souto LC, Santos ASP, Bastos RR. *Checklist* de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. *Rev Col Bras Cir*. 2019;46(5):e20192311. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192311>
11. Tostes MFP, Galvão CM. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180180. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>
12. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(2):182-7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>
13. Silva PHA, Conde MBC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacon JC. Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. *Rev Col Bras Cir*. 2019;47:e20202429. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202429>
14. Souza RM, Araújo MGS, Veríssimo RCSS, Comassetto I, Ferreira FAS, Bernardo THL. Aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. *Rev SOBECC*. 2016;21(4):192-7. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201600040003>
15. D'Eça Júnior A, Brito MVB, Rodrigues LS, Martins RJS, Rabelo PC. *Check list* da visita pré-operatória de enfermagem: avaliação da qualidade dos dados. *Rev Enferm*. 2020;10(22):1-13. <https://doi.org/10.5902/2179769236082>
16. 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/Z1414-4425201900010006>
17. Poveda VB, Lemos SL, Lopes SG, Pereira MCO, Carvalho R. Implementação de *checklist* de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20190874. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0874>
18. Leite GR, Martins MA, Maia LG, Garcia-Zapata MTA. Checklist de cirurgia segura: avaliação em uma região neotropical. *Rev Col Bras Cir*. 2020;48:e20202710. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202710>
19. Gomes ET, Albuquerque ELMS, Pereira ACM, Püschel VAA. Surgical counting: design of implementation and maintenance of a standardized evidence-based procedure. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e20220144. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0144>
20. Suliburk JW, Buck QM, Pirko CJ, Massarweh NN, Barshes NR, Singh H, et al. Analysis of human performance deficiencies associated with surgical adverse events. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e198067. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8067>
21. Barros ACS, Pereira LC, Cavalcante RM, Nascimento LMO, Lopes EM. Uso do *checklist* de cirurgia segura em uma maternidade-escola cearense. *Rev SOBECC*. 2023;28:E2328902. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328902>