

## CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: ANÁLISE DA SEGURANÇA E COMUNICAÇÃO DAS EQUIPES DE UM HOSPITAL ESCOLA

Ana Paula PANCIERI<sup>a</sup>, Bruna Pegorer SANTOS<sup>b</sup>,  
Marla Andréia Garcia de AVILA<sup>c</sup>, Eliana Mara BRAGA<sup>d</sup>

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo aplicar o *checklist* de “cirurgia segura”, da Organização Mundial de Saúde, nas especialidades cirúrgicas de um hospital escola, e verificar a opinião das equipes sobre a influência da aplicação do *checklist* na segurança do processo cirúrgico e da comunicação interpessoal da equipe. Trata-se de um estudo de campo, descritivo, analítico, com abordagem qualitativa, realizado no centro cirúrgico de um hospital-escola. Para a coleta de dados, foi aplicado o *checklist* num total de 30 cirurgias, conduzido pela pesquisadora, em três etapas, e, a seguir, um componente da equipe cirúrgica foi convidado a participar do estudo, assinando o TCLE e respondendo a questões norteadoras. Para organização e análise dos dados, recorremos ao Método de Análise de Conteúdo de Bardin. Os sujeitos não perceberam mudanças na comunicação interpessoal com o uso do *checklist*, porém, indicaram que o uso proporcionou mais segurança ao procedimento. Adaptações ao *checklist* foram sugeridas.

**Descritores:** Segurança. Comunicação. Salas cirúrgicas. Lista de checagem.

### RESUMEN

*Este estudio tuvo como objetivo aplicar la lista de cirugía segura de la OMS y comprobar la opinión del equipo quirúrgico sobre la influencia de la aplicación de la lista en la seguridad del proceso quirúrgico y en la comunicación interpersonal. Se trata de un estudio de campo, descriptivo y analítico con enfoque cualitativo realizado en el centro quirúrgico de un hospital escuela. Para recolectar datos, la investigadora aplicó la lista en un total de 30 cirugías, en tres etapas. A continuación un componente del equipo quirúrgico fue invitado a participar en el estudio, que firmó el consentimiento informado y contestó algunas preguntas guía. Para organización y análisis de los datos recurrimos al Método de Análisis de Contenido de Bardin. Los sujetos no perciben cambios en la comunicación interpersonal con el uso de la lista, pero hicieron sugerencias e indicaron que su uso le ha brindado más seguridad al procedimiento.*

**Descriptorios:** Seguridad. Comunicación. Quirófanos. Lista de verificación.

**Título:** Lista de chequeo de cirugía segura: análisis de la seguridad y comunicación de los equipos de un hospital escuela.

### ABSTRACT

*This study aimed to apply the WHO surgical safety checklist in the surgical specialties of a university hospital and to evaluate the opinion of the team regarding the influence of its application on the safety of the surgical process and on the interpersonal communication of the team. It is a descriptive, analytical, qualitative field study conducted in the surgical center of a university hospital. Data were collected by applying the checklist in a total of 30 surgeries. The researcher conducted its application in three phases, and then members of the surgical team were invited to voluntarily participate in the study, signifying their agreement to participate by signing an informed consent form and answering guiding questions. Bardin's Content Analysis Method was used to organize and analyze the data. The subjects did not notice any changes in their interpersonal communication when using the checklist; however, they gave suggestions and reported that its use provided greater safety to the procedure.*

**Descriptors:** Safety. Communication. Operating rooms. Checklist.

**Title:** Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital.

a Enfermeira Assistencial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. Ribeirão Preto – São Paulo(SP) – Brasil.

b Enfermeira Assistencial no Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu(FMB). Graduada pela FMB – Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP). Botucatu – SP – Brasil.

c Enfermeira do Departamento de Enfermagem da FMB – UNESP. Mestre em Biotecnologia Médica. Botucatu – SP – Brasil.

d Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da FMB – UNESP. Botucatu – SP – Brasil.

## INTRODUÇÃO

Em outubro do ano de 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, que visa à conscientização para melhora da segurança dos cuidados, além do desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde. Um dos ‘Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente’, que pretende identificar os itens mais significativos do risco à segurança do paciente, é ‘Cirurgia Segura Salva Vidas’. Este desafio foi implementado em 2007 e 2008 para reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS<sup>(1)</sup>.

Especialistas prepararam um *checklist* (Figura 1) composto de três etapas, sendo elas: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica – pausa cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e Registro (antes de o paciente sair da sala cirúrgica)<sup>(1)</sup>.

No mundo é realizada uma cirurgia para cada 25 pessoas, o que ilustra a importância da segurança

na realização do procedimento, pois estima-se que metade das cirurgias realizadas acarretam complicações e morte, sendo que 50% dessas ocorrências seriam evitáveis. É inadmissível permitir que pessoas sofram; tapar os olhos diante dos custos de internações prolongadas e não utilizar toda a sabedoria adquirida com a evolução. Estes dados levaram a OMS e a Universidade de Harvard a iniciar um programa para reduzir essa questão de saúde pública<sup>(1,2)</sup>.

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento. Essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente<sup>(2)</sup>.

O resultado de uma avaliação em oito instituições pilotos no mundo (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA), mostra que o uso do *checklist* praticamente dobrou a chance dos usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
<b>IDENTIFICAÇÃO</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU<ul style="list-style-type: none"><li>• IDENTIDADE</li><li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li><li>• PROCEDIMENTO</li><li>• CONSENTIMENTO</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA</li><li><input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA</li><li><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO</li></ul> <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p>ALERGIA CONHECIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS</p> <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA &gt; 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</p>	<b>CONFIRMAÇÃO</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO</li><li><input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:<ul style="list-style-type: none"><li>• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</li><li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li><li>• PROCEDIMENTO</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</li><li><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</li><li><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</li><li><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?</li></ul> <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p>	<b>REGISTRO</b> <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO</li><li><input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)</li><li><input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)</li><li><input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</li><li><input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)</li></ul> <p>Assinatura</p>

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Figura 1 – Checklist de cirurgia segura proposto pela Organização Mundial de Saúde. Brasília, DF, [2000].

Nestes locais houve uma redução de 47% da mortalidade e as complicações, que eram em média 11%, agora são 7%<sup>(1-4)</sup>. Não é possível identificar o mecanismo responsável por essa redução, mas acredita-se que possa ser mudança na rotina, comportamento da equipe, de cada membro individualmente e a comunicação interpessoal<sup>(5)</sup>.

O objetivo essencial estabelecido pela OMS é diminuir a morbi-mortalidade em pacientes cirúrgicos, fornecendo às equipes cirúrgicas e administradores hospitalares orientações sobre a função de cada indivíduo e do padrão de uma cirurgia segura. Também tem como objetivo oferecer um instrumento de avaliação uniforme do serviço para a vigilância nacional e internacional<sup>(1)</sup>.

A implementação do *checklist* é de baixo custo, resumindo-se na reprodução e distribuição do instrumento, já a dificuldade na aplicação está localizada na equipe cirúrgica. Estima-se que é necessário o tempo total de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação e orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação, sendo o enfermeiro o profissional indicado para orientar a checagem, mas qualquer profissional que participa do procedimento cirúrgico pode ser o coordenador da verificação. Esse profissional deve ter plena autoridade sobre o processo cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, se julgar insatisfatório algum dos itens, mesmos considerando que essa interrupção pode incorrer em desgaste perante a equipe dependendo da maturidade da mesma. Ao ocorrer violações na checagem, todo o processo terá ocorrido em vão, visto que são os pequenos detalhes que passam despercebidos os causadores de riscos<sup>(6)</sup>.

É preciso atentar para a integração e interação com a equipe, utilizar a checagem como meio de comunicação interpessoal, ou seja, como um facilitador na assistência ao paciente, considerando, ainda, que o relacionamento interpessoal é o segundo item apontado como agente estressor em profissionais de centro cirúrgico, atrás somente de sobrecarga de trabalho. O uso do *checklist* visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, e a apresentação dos membros da equipe, antes do procedimento, melhora a segurança para o paciente<sup>(7)</sup>.

Portanto, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada, o que se dá quando as equipes compreendem a importância, a

necessidade, aceitam o processo e incorporam 'o novo' à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com a participação do paciente e da equipe é essencial para o sucesso do procedimento<sup>(5)</sup>.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram aplicar o *checklist* de "cirurgia segura" da OMS num hospital escola e verificar a opinião da equipe cirúrgica no que se refere a segurança do processo cirúrgico e a comunicação interpessoal da equipe.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, analítico com abordagem qualitativa. O método qualitativo permite trabalhar com o universo dos significados, estudando as relações, as percepções, as opiniões. Favorece investigações de discursos, de história do ponto de vista dos atores, de grupos e segmentos delimitados, de relações e análise de documentos<sup>(8,9)</sup>.

O estudo foi realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital Escola em uma instituição pública no interior do estado de São Paulo, no segundo semestre de 2011. Esta unidade é constituída de 11 salas operatórias que atendem cirurgias de pequeno, médio e grande porte de diversas especialidades, seguindo um horário semanal estabelecido para cada equipe. Realiza aproximadamente 9000 cirurgias/ano.

Os sujeitos do estudo foram 30 membros da equipe cirúrgica (cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que estiveram presentes nas três etapas da aplicação do *checklist*.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado aos profissionais responsáveis pela Unidade de Centro Cirúrgico deste hospital para análise e autorização. Posteriormente, foi encaminhado o projeto aos responsáveis pelas treze especialidades que utilizam o horário cirúrgico desta unidade. Obtivemos autorização da Anestesiologia e de oito das 12 disciplinas cirúrgicas sendo elas: Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Gastrocirurgia, Neurocirurgia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Em seguida o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, recebendo autorização deste mediante ofício 130/11.

No momento seguinte, iniciou-se a coleta de dados com a aplicação do *checklist* da OMS, que foi

conduzida pela pesquisadora nas três etapas sugeridas: Identificação, Confirmação e Registro.

A seguir, foi convidado um componente de cada equipe cirúrgica para participar voluntariamente do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respondendo a quatro questões norteadoras: (1) Você acha que a aplicação do *checklist* proporcionou segurança no processo cirúrgico? Justifique. (2) Você observou mudanças na comunicação interpessoal da equipe cirúrgica a partir da aplicação do *checklist*? Você pode citar exemplos? (3) Se você estivesse atuando em uma sala cirúrgica, você gostaria que o *checklist* fosse aplicado? Por quê? (4) Você já conhece algum *checklist* sobre segurança em sala de cirurgia?

Para organização e análise dos dados, recorremos ao Método de Análise de Conteúdo que é definida por um conjunto de técnicas das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens<sup>(10)</sup>.

O método de análise de conteúdo é composto de três fases: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados. A Pré-análise é a fase de organização e sistematização das idéias iniciais devendo ser preciso e flexível. O autor sugere a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, à formulação de hipóteses e indicadores que fundamentam a interpretação final. Portanto, o pesquisador fará a leitura dos textos, exaustivamente, buscando uma representatividade à amostra selecionada. Na preparação deste material, o pesquisador deverá transcrever, na íntegra, as respostas obtidas e para facilitar a manipulação da análise. A Exploração do material é a administração das decisões tomadas na fase anterior. Consiste essencialmente de operações de codificação e categorização, em função de regras previamente formuladas. A codificação contempla a transformação, por recorte, agregação e enumeração dos dados brutos do texto permitindo uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo através da classificação das categorias.

A categorização é uma operação de classificação dos elementos constituídos por diferenciação, ou seja, o agrupamento dos elementos do texto comuns segundo o gênero. O critério de categorização pode ser semântico; sintático; léxico e expressivo. Semântico significa o agrupamento por temas de

um mesmo significado ou assunto; sintático quando se agrupa verbos e adjetivos; léxico é a classificação das palavras emparelhando os sinônimos e sentidos próximos; e expressivo classifica as perturbações da fala.

O Tratamento dos dados obtidos, a inferência e interpretação ocorrem quando os elementos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O pesquisador pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, confrontando os resultados obtidos com o material servindo de base para a análise.

A decodificação e interpretação da pesquisa foram definidas por categorias semânticas classificadas após a transcrição das entrevistas. Optou-se pelo recorte das falas em textos comparáveis de categorização para análise temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *checklist* foi aplicado numa média de quatro cirurgias por especialidade, resultando num total de 30 cirurgias. A escolha da especialidade foi realizada através do cronograma cirúrgico diário, com a preocupação em aplicar o mesmo número de *checklist* em cada especialidade.

Participaram da pesquisa 30 membros das oito especialidades cirúrgicas onde o *checklist* foi aplicado, sendo um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, nove anestesiólogos e 13 cirurgiões. Os sujeitos do estudo se constituíram numa população jovem, ou seja, apresentando uma idade mediana de 28 anos, pois 73,3% dos sujeitos do estudo foram médicos residentes e apenas um docente, justificando essa média de idade. O tempo na função teve uma mediana de 2,2 anos, justificando-se pela maioria dos sujeitos serem médicos residentes. No que se refere ao sexo, 50% dos sujeitos são do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

Considerando os objetivos deste estudo, onde nos propomos a aplicar o *checklist* de cirurgia segura e analisar a sua contribuição para a segurança do processo cirúrgico, bem como a possibilidade de melhoria na comunicação interpessoal das equipes na unidade cirúrgica estudada, obtivemos resultados que nos remetem a operacionalizar este instrumento como viável para garantir cirurgias seguras e implementar processos comunicativos efetivos nestes ambientes.

Representaremos as falas dos sujeitos organizadas pelas letras: 'A' para os Anestesiologistas, 'C' para os Cirurgiões e Assistentes e 'E' para a Equipe de Enfermagem, ou seja: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Circulantes de Sala e Instrumentadores).

Quanto à segurança proporcionada ao processo cirúrgico através da aplicação do *checklist*, os significados que os sujeitos atribuíram foram classificados em categorias temáticas e dois grupos.

### A. O *checklist* proporcionou segurança ao processo cirúrgico

Neste grupo emergiram quatro categorias temáticas a partir das respostas de 80% sujeitos.

Categoria 1 – Diminui riscos e possíveis complicações.

*As chances de falha diminuem (E 1).*

*Diminui os riscos, garante segurança (C 2).*

A diminuição da morbidade e mortalidade com o uso do *checklist* também foi demonstrada em um estudo multicêntrico, realizado em oito hospitais de oito países, de diversos contextos econômicos, num total de 3955 cirurgias<sup>(4)</sup>. Isso demonstra a viabilidade de implantação em qualquer instituição, pois as normas a serem seguidas podem ser utilizadas em qualquer parte do planeta, disseminando a prática para as instituições no mundo todo<sup>(1)</sup>.

Categoria 2 – Padroniza condutas e revê passos de segurança.

*Necessitamos que todos os materiais estejam prontos se ocorrer alguma complicação inesperada (A 2).*

*Revisa os materiais e seu funcionamento (A 9).*

*Controla procedimentos (C 4).*

*Deve ser feito para padronizar condutas (C 7).*

*Ajuda a lembrar e rever passos (C 9).*

*Revisão de diversos itens no pré cirúrgico imediato (C 10).*

Admitir que erros acontecem e comunicá-los é o primeiro passo para reduzi-los, mas no sistema vigente de culpa e humilhação, nem tudo que acontece é relatado, impedindo que os outros possam

aprender com situações nas quais não estavam presentes. Aprender sobre erros auxilia o aprimoramento de processos clínicos e a prevenção de futuros casos similares<sup>(3)</sup>.

Categoria 3 – Possibilita a melhor compreensão do processo.

*Orienta-nos a melhor compreensão do processo (C 8)*

*Comunica toda a equipe sobre o procedimento a ser realizado com suas possíveis complicações e riscos (C12)*

O uso do *checklist* envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe<sup>(4)</sup>. Com a experiência da aplicação do *checklist*, foi percebido que apesar de se interessar pelo uso, alguns não estão preocupados com a mudança de seu comportamento para a realização do *checklist*, em contrapartida, quando há o trabalho coletivo, a equipe passa a se perceber mais do que meros executores de tarefas, resgatando a dimensão afetiva do trabalho<sup>(11)</sup>.

Categoria 4 – Fornece segurança a equipe como um todo.

*Com o checklist as chances de esquecimentos são muito menores (A3).*

*Reforça itens que são importantes para a segurança do procedimento (A4).*

*Garante mais segurança à equipe (E 2).*

*Ficamos mais tranquilos sabendo que todo material está na sala (E 6).*

*Facilita a vida das pessoas (E 5).*

Acredita-se que a introdução do *checklist* é um importante passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica<sup>(5)</sup>. O presente estudo mostrou que esta equipe cirúrgica está disposta a essa nova cultura, pois 100% dos sujeitos afirmaram que gostariam que o *checklist* fosse aplicado se estivessem atuando em uma sala cirúrgica, pois é um meio de padronizar a rotina, traz mais segurança ao paciente, prevê complicações, evita o erro e é um meio de organizar o ato cirúrgico.

### B. O *checklist* não proporciona mais segurança ao processo cirúrgico

A construção desta categoria temática emergiu das respostas de 20% dos sujeitos do estudo:

Categoria 5 – Por não estar inserido na rotina da instituição.

*Não mudou as condutas nem a seqüência de eventos do intra-operatório (A 7).*

*Não, não temos a rotina de realizá-lo (E 5).*

*Não acho que proporcionou mais segurança. Acredito que dentro de uma equipe cirúrgica cada um tem sua segurança individual, e existe também o trabalho de equipe, mas independente de existir um checklist para isso (C1).*

*As perguntas não foram diferentes das práticas habituais (C 11).*

A implementação do *checklist* é de custo baixo resumindo-se a reprodução e distribuição do instrumento, a dificuldade na aplicação se encontra na equipe cirúrgica. A maneira mais promissora de enfrentar estas adversidades é criando o senso de equipe entre todos os profissionais, distribuindo responsabilidades e aumentando a atenção ao paciente e assim, sua segurança<sup>(9)</sup>.

Quando questionados sobre como o uso do *checklist* teve influência na comunicação interpessoal da equipe, os seguintes significados foram atribuídos por 86,7% dos sujeitos do estudo:

Categoria 1 – Não percebi mudanças na comunicação interpessoal da equipe cirúrgica a partir da aplicação do *checklist*.

*Ainda não observei mudanças (A 3).*

*Não havia nenhuma irregularidade (A 6).*

*Já existe uma boa comunicação entre as equipes (A 8).*

*Acho precoce esta avaliação com um evento isolado (C 5).*

A falha na comunicação é um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos e eventos adversos, pois não há a transferência de informações<sup>(12)</sup>. Acredita-se que a maioria dos sujeitos não tenha percebido que com o *checklist* eles praticaram comunicação com toda a equipe, enquanto confirmavam itens, comunicavam suas ações e preocupações a todos da sala de cirurgia.

Enquanto 86% dos sujeitos deste estudo não perceberam mudanças na comunicação interpessoal, 84% dos sujeitos de sete países onde o *checklist* foi

aplicado relataram que a comunicação na sala cirúrgica melhorou<sup>(7)</sup>. Uma boa comunicação nas relações de trabalho se desenvolve quando se conhece as características e necessidades próprias, bem como as do outro. Quando acreditamos na capacidade de relato das pessoas, somos capazes de perceber em nós e no outro os sintomas de ansiedade, além de observar nosso próprio não verbal<sup>(11)</sup>.

A aplicação do *checklist* em 40000 cirurgias de um hospital universitário da França mostrou que os profissionais têm dificuldade em compartilhar informações oralmente na pausa cirúrgica, ou seja, segunda parte do *checklist* – antes da incisão cirúrgica<sup>(13)</sup>. Durante a experiência da aplicação do *checklist* percebeu-se dificuldade de poucos cirurgiões em compartilhar informações, especialmente, nessa mesma etapa.

A comunicação na sala cirúrgica continua insuficiente e é uma característica importante a ser melhorada<sup>(14)</sup>. O investimento nas relações é necessário, não só na sala cirúrgica, mas também com o paciente, pois o *checklist* detectou uma situação onde a responsável pelo paciente não tinha pleno conhecimento do procedimento cirúrgico a ser realizado. A comunicação competente propicia humanização e constrói um cuidar de modo transformador, advindo da interação entre pacientes e colegas de trabalho<sup>(15)</sup>.

Estudos realizados em dois hospitais universitários da França<sup>(13,14)</sup> mostraram resultados semelhantes ao nosso, relacionados à comunicação interpessoal. Hospitais universitários costumam ter alta rotatividade nas equipes e, na possibilidade dos médicos residentes não permanecer muito tempo na mesma equipe, não se sentem parte dela, o que dificulta o amadurecimento do grupo.

Categoria 2 – Percebeu mudanças na comunicação interpessoal entre a própria equipe e com a família.

13,3% dos sujeitos relataram que perceberam mudanças na comunicação interpessoal:

*Em relação a esta cirurgia, a mãe da criança ainda não havia conversado com o médico sobre o local da incisão e tempo cirúrgico e a aplicação do checklist apontou a situação (E 6).*

*Antevê riscos cirúrgicos que poderiam causar dificuldades interpessoais na equipe (C 2).*

*Maior conhecimento e comunicação da equipe (C 9).*

*Etapas críticas sempre enfatizadas pelo orientador (C 12).*

O *checklist* é um instrumento de comunicação que propicia a oportunidade de melhorá-la entre os profissionais da sala cirúrgica<sup>(14,15)</sup>. Em um hospital universitário da Finlândia, parte de um estudo multicêntrico mostrou que circulantes de sala e anestesiológicos perceberam melhoras na comunicação após a aplicação do *checklist*<sup>(12)</sup>. Com uma boa interação profissional e a definição clara dos papéis de cada um, a comunicação fica facilitada<sup>(11)</sup>.

Mudanças positivas na percepção do clima de trabalho em equipe estão relacionadas com a melhoria da morbidade e mortalidade pós-operatória<sup>(7)</sup>, além disso, o uso do *checklist* visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas.

Assim, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada. O bom uso se dá quando as equipes compreendem a importância, a necessidade, enfim, aceitam o processo e incorporam 'o novo' à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e equipe é essencial para o sucesso do procedimento<sup>(5)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo nos possibilitou perceber que a ampliação da segurança em procedimentos cirúrgicos prevê investimentos no conhecimento em relação ao ato cirúrgico, tanto para o paciente como para a equipe.

A viabilidade de implantação do *checklist* foi mostrada em estudos de vários hospitais, em muitos países, em todos os contextos econômicos, porém ainda percebemos dificuldades na implantação desta ferramenta de segurança em hospitais de ensino, especialmente, no que se refere à aceitação da equipe cirúrgica. O enfermeiro como líder da unidade pode adotar esta ferramenta que trará benefícios para os profissionais e pacientes que utilizam a Unidade de Centro Cirúrgico, além de encorajar a participação de todos nessa nova iniciativa.

A maioria dos sujeitos do estudo referiu não perceber melhora na comunicação interpessoal, porém na percepção da pesquisadora, ocorreram mudanças na comunicação, especialmente, na segunda parte do *checklist*, ou seja, na pausa cirúrgica quando surgiram diálogos entre o orientador da cirurgia e o anestesiológico sobre as condições clínicas do paciente.

Embora alguns sujeitos não tenham percebido melhora na segurança e comunicação interpessoal durante o procedimento cirúrgico, todos gostariam que o *checklist* fosse aplicado na sala cirúrgica onde participassem do procedimento.

A OMS orienta e indica mudanças na estrutura do *checklist* de acordo com a realidade de cada instituição, neste sentido, na instituição estudada sugerimos as seguintes alterações: "Qual foi o antibiótico profilático e o horário em que foi administrado", ao invés de questionar se este foi administrado na última hora; Para a perda sanguínea prevista, anotar quais hemocomponentes foram planejados e comunicados ao banco de sangue; Quanto à amostra para anatomia, anotar qual foi a amostra e se o cirurgião fez o pedido, e não apenas se está identificada; O registro do procedimento deverá ser checado antes da saída do paciente da recuperação anestésica, pois, ao aguardar o registro ser feito para deixar a sala cirúrgica, há possibilidade de atrasar a liberação da sala para realização da limpeza e entrada da próxima cirurgia, gerando discussões desnecessárias entre as equipes.

Estas sugestões de alterações foram apresentadas a unidade onde realizamos o estudo a pedido do supervisor da unidade, na seqüência, o *checklist* foi avaliado como viável para implantação nesta unidade pelo enfermeiro responsável.

A pesquisadora foi convidada pelo enfermeiro, supervisor técnico da Unidade de Centro Cirúrgico, a capacitar os profissionais para a aplicação do *checklist* e uma primeira reunião já foi realizada com esta equipe.

Entendemos que as limitações deste estudo se devem ao fato de quatro especialidades cirúrgicas (Cirurgia Plástica, Ginecologia, Ortopedia e Urologia) não terem participado do estudo, o que poderia ter nos remetido a outros resultados, porém na implantação deste modelo de segurança todas as especialidades estarão inseridas o que ampliará as possibilidades de cirurgias seguras nesta instituição.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
- 2 Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev Col Bras Cir. 2009;36 (4):281-2.

- 3 Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. In: Salles CLS, Carrara D. *Cirurgia segura*. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p.109-17.
- 4 Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger P, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360:491-9.
- 5 Schalack WS, Boermeester MA. Patient Safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. *Curr Opin Anesthesiol.* 2010;23:754-8.
- 6 World Health Organization. Checklists save lives. *Bull World Health Organ.* 2008;86(7):501-2.
- 7 Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:102-7.
- 8 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 9 Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 10 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 11 Braga EM, Berti HW, Risso ACMCR, Silva MJP. Relações interpessoais da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev SOBECC.* 2009;14(1):22-9.
- 12 Helmiö P, Blomgren K, Takala A, Pauniah SL, Takala RS, Ikoken TS. Towards better patient safety: WHO Surgical Safety Checklist in otorhinolaryngology. *Clin Otolaryngol.* 2011;36(3):242-7.
- 13 Rateau F, Levraut L, Colombel AL, Bernard JL, Quaranta JF, Cabarrot P, et al. Check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire": une année d'expérience su 40000 interventions au centre hospitalier de Nice. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011;30(6):479-83.
- 14 Paugam-Burtz C, Guerrero O. Check-list sécurité au bloc opératoire: le bilan après un an de deployment à l'hôpital Beaujon. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011;30(6):475-8.
- 15 Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):410-4.
- 16 Cunat C, Flatin V, Viale J-P. Stratégie de deployment de la check-list dans un CHU. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011;30(6):484-8.

---

**Endereço do autor / Dirección del autor /  
Author's address**

Ana Paula Pancieri  
Rua dos Operários, 373, Centro  
13710-000, Tambaú, SP  
E-mail: appancieri@yahoo.com.br

Recebido em: 10.10.2012  
Aprovado em: 04.02.2013