

Uso do *checklist* de cirurgia segura em uma maternidade-escola cearense

Use of the Surgical Safety Checklist in a maternity teaching hospital in the state of Ceará, Brazil

Uso de la lista de verificación de cirugía segura en una escuela de maternidad de Ceará

Alexia Costa e Silva Barros^{1*} , Lívia Costa Pereira¹ , Raquel Mota Cavalcante² ,
Luciana Maria de Oliveira Nascimento² , Emeline Moura Lopes² 

RESUMO: **Objetivo:** Identificar o uso e a eficácia do preenchimento da lista de verificação de cirurgia segura em uma maternidade-escola cearense. **Método:** Estudo documental, retrospectivo e de abordagem quantitativa. A coleta ocorreu a partir dos registros de 816 Listas de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC) de procedimentos realizados entre 2018 e 2021. A LVSC é organizada em três etapas, e foi feita análise do preenchimento total e por etapa. Foram elencados dois indicadores: taxa de preenchimento dos itens e taxa de completude das LVSC. Esse último indicador considera apenas as listas que estavam totalmente preenchidas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. **Resultados:** A taxa de preenchimento dos itens foi de 98,1%, evidenciando que o não preenchimento de poucos itens inviabilizaram seu preenchimento total. A primeira etapa (*Sign In*) foi a que apresentou maior taxa de preenchimento, totalizando 98,8% dos itens assinalados. Já o percentual de completude, ou seja, listas totalmente preenchidas, foi de 64,7%, variando entre 38,2% em 2018 e 76% em 2021, com redução para 72% em 2020 em relação a 2019 (73%). **Conclusão:** Observou-se, ao longo dos quatro anos estudados, que a taxa de listas completamente preenchidas apresentou oscilações, visto que não se observou um crescimento constante, demonstrando fragilidades do preenchimento. A incompletude das listas demanda a criação de estratégias de treinamento das equipes no que se refere a essa atividade. **Palavras-chave:** Segurança do paciente. Lista de verificação. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Centros cirúrgicos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: **Objective:** To identify the use and completion effectiveness of the Surgical Safety Checklist in a maternity teaching hospital school in the state of Ceará, Brazil. **Method:** This is a documentary and retrospective study, with a quantitative approach. Data were collected based on the records of 816 Surgical Safety Checklists (SSC) from procedures performed between 2018 and 2021. The SSC is organized in three stages, and a comprehensive analysis of the overall completion and completion by stage was carried out. Two indicators were listed: completion of the items rate and completeness of the SSC rate. The latter indicator considered only the checklists that were fully completed. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The completion of the items rate was 98.1%, indicating that the lack of completion of a few items made total completion unfeasible. The first stage (*Sign In*) had the highest completion rate, with 98.8% of items checked. However, the completeness percentage, that is, fully completed checklists, was 64.7%, ranging from 38.2% in 2018 to 76% in 2021, with a decrease to 72% in 2020 compared to 2019 (73%). **Conclusion:** Over the four studied years, we observed that the fully completed checklists rate fluctuated, considering that we did not observe a constant growth, demonstrating weaknesses in the completion. The incompleteness of the checklists demands implementing training strategies for teams regarding this activity. **Keywords:** Patient safety. Checklist. Quality indicators, health care. Surgicenters. Unified Health System.

RESUMEN: **Objetivo:** Identificar el uso y la efectividad de completar la lista de verificación de cirugía segura en una maternidad universitaria de Ceará. **Método:** Estudio documental, retrospectivo, con enfoque cuantitativo. La recolección se realizó a partir de los registros de 816 Listas de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) de procedimientos realizados entre 2018 y 2021. La LVSQ está organizada en três etapas y se realizó un análisis de la

¹Unichristus – Fortaleza (CE), Brasil.

²Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Fortaleza (CE), Brasil.

Autor correspondente: alexiacostasb@gmail.com

Recebido: 19/04/2023 – Aprovado: 15/08/2023

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328902>



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

realización total y por etapa. Se enumeraron dos indicadores: tasa de finalización del ítem y tasa de finalización del LVSQ. Este último indicador considera sólo las listas que se llenaron por completo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución. **Resultados:** La tasa de llenado de los ítems fue del 98,1%, lo que demuestra que la falta de llenado de algunos ítems imposibilitó su llenado completo. La primera etapa (iniciar sesión) fue la que tuvo mayor tasa de finalización, totalizando el 98,8% de los ítems marcados. El porcentaje de completitud, es decir, listas totalmente cumplimentadas, fue del 64,7%, variando entre el 38,2% en 2018 y el 76% en 2021, con una reducción al 72% en 2020 respecto a 2019 (73%). **Conclusión:** Se observó que, a lo largo de los cuatro años estudiados, la tasa de listas completas presentó fluctuaciones, ya que no hubo un crecimiento constante, demostrando debilidades en el llenado. Lo incompleto de las listas exige la creación de estrategias de capacitación de los equipos en esta actividad.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Lista de verificación. Indicadores de calidad de la atención de salud. Centros quirúrgicos. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Os procedimentos cirúrgicos são reconhecidos mundialmente como tratamento de diversas patologias, sendo a eles atribuídos bastante valor em decorrência da possibilidade de resolução das enfermidades, da cura de doenças e da redução da morbimortalidade¹. No contexto obstétrico, as cesarianas são absolutamente essenciais para salvar vidas em situações em que partos vaginais representam riscos². Na ginecologia, para procedimentos cirúrgicos, aponta-se a importância da formação médica para que se possa oferecer de forma crescente e segura o melhor tipo de abordagem³.

No Brasil, estudo identificou um aumento gradual de procedimentos cirúrgicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2008 e 2016, demonstrando o acréscimo de 9,6% nesse intervalo. O estudo também verificou uma taxa de mortalidade cirúrgica de 1,63% no país, com tendência crescente em todas as regiões do Brasil⁴.

Em relação às cesáreas, o Brasil registrou 873.945 procedimentos em 2022⁵. Mesmo apontando os desfechos negativos em cesáreas consideradas desnecessárias, tais como aumento da morbimortalidade materna, da prematuridade, de óbitos fetais e anormalidades placentárias, de problemas na amamentação e no desenvolvimento do sistema imunológico do recém-nascido, ao se discutir a assistência obstétrica cirúrgica, o Brasil ainda apresenta o segundo maior percentual de cesárias do mundo, de 56%⁶. Embora a maior parte desses procedimentos seja realizada na rede privada, essa também é uma realidade em maternidades públicas com atendimento terciário, em decorrência do próprio perfil de pacientes atendidas, como evidenciado em estudo que identificou maior taxa de cesárea em pacientes com classificação de Robson acima de cinco, ou seja, pacientes de maior complexidade⁷.

Nesse contexto, apontam-se os danos relacionados à assistência cirúrgica de modo geral, os quais são frequentemente observados na rotina de diversos hospitais e que apresentam

uma elevada frequência de complicações nos períodos intra, trans e pós-operatório⁸. Em estudo transversal e retrospectivo realizado no sul do Brasil, constatou-se que, de uma amostra com 192 pacientes cirúrgicos, 21,8% evoluíram para eventos adversos (EA), que se caracterizam por incidentes que resultaram em danos ao paciente — 11 deles tinham mais de um EA, somando 60 eventos no total. Desses eventos, 90% foram classificados como preveníveis⁹. Tal dado ratifica os resultados obtidos em pesquisa que observou que a maioria dos EA foi classificada como potencialmente evitável, demonstrando uma evitabilidade categorizada entre média e forte¹⁰.

No contexto da assistência ao binômio mãe-filho, os EA se associam diretamente à morbimortalidade materna e neonatal e ainda se apresentam em elevada proporção de nascimentos. Estudo que avaliou a ocorrência de EA em duas maternidades de alto risco de dois estados nordestinos identificou incidência de 7,4% de EA relacionados ao procedimento cirúrgico. Destes, 41,7% geraram dano temporário com necessidade de internação hospitalar ou prolongamento do tempo de internação e 8,3% geraram dano permanente¹¹.

Entendendo que as complicações cirúrgicas respondem por uma grande proporção das mortes e injúrias médicas que podem ser preveníveis em todo o mundo, a segurança cirúrgica emerge como uma preocupação significativa na saúde pública mundial¹². Em decorrência da incidência de falhas envolvendo procedimentos cirúrgicos, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que objetivou estimular e promover, com abrangência internacional, a consciência dos profissionais e a responsabilização dos países para melhorar a assistência segura à saúde⁸. Um dos desafios propostos foi: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, lançado em 2009, que direcionou atenção para a qualidade e a segurança nas intervenções cirúrgicas. Para o melhor alcance desse objetivo, a OMS adotou um instrumento em formato de *checklist* chamado Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC), no intuito de atingir 10 objetivos essenciais para a segurança cirúrgica (Quadro 1), como operar

Quadro 1. Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica⁸.

Objetivo 1	A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo.
Objetivo 2	A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
Objetivo 3	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
Objetivo 4	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
Objetivo 5	A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
Objetivo 6	A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
Objetivo 7	A equipe impedirá a retenção inadvertidamente de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas.
Objetivo 8	A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
Objetivo 9	A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
Objetivo 10	Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, o volume e resultados cirúrgicos.

o paciente certo e o sítio cirúrgico certo, a equipe se comunicar efetivamente e trocar informações críticas, a equipe reconhecer e estar efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas, entre outros objetivos; e uma vez que haja adequada condução do preenchimento desse instrumento, há redução dos EA na assistência cirúrgica⁸.

No Brasil, os estudos realizados para a análise da adesão e do uso correto do *checklist* ainda são escassos^{13,14}, demonstrando a necessidade de pesquisar sobre a temática e sua importância nos ambientes cirúrgicos, já que ela se qualifica como um instrumento de inspeção da qualidade da assistência prestada e de diagnóstico das ações voltadas para a segurança do paciente.

OBJETIVO

Identificar o uso e a eficácia do preenchimento da LVSC em uma maternidade-escola cearense.

MÉTODO

Estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, do tipo documental, realizado em uma maternidade-escola cearense. A instituição tem 184 leitos e realiza atendimentos especializados em obstetrícia, ginecologia, mastologia, neonatologia, com procedimentos cirúrgicos realizados nessas especialidades e alguns procedimentos gerais. O centro cirúrgico conta com seis salas de cirurgia e cinco leitos de recuperação pós-anestésica. Entre as especialidades, duas salas são prioritárias para procedimentos de urgência e emergência e uma para vídeo-cirurgias.

Em 2022 foram realizadas 4.664 cirurgias, com média mensal de 388, sendo 76,1% obstétricas, 14,6% ginecológicas, 5,9% mastológicas, 2,1% neonatais e 1,3% outras cirurgias. Entre os procedimentos, o obstétrico mais frequente foi a cesárea; o ginecológico, a histeroscopia; a setorectomia entre as matológicas e a laparotomia exploradora em recém-nascidos.

A implantação da LVSC no centro cirúrgico da maternidade ocorreu em 2016, passando por algumas atualizações, conforme necessidade do serviço. Na admissão dos pacientes na sala de cirurgia, o formulário impresso da LVSC é adicionado ao prontuário de todos os pacientes. Atualmente, o instrumento é conduzido pela circulante. Ao final do procedimento, o formulário é anexo ao prontuário.

Esse *checklist* consiste em um sistema de verificação composto de três momentos de conferência que auxiliam na segurança do procedimento cirúrgico, sendo eles: antes da indução anestésica (*Sign In*), antes da incisão cirúrgica (*Time Out*) e antes de o paciente sair da sala operatória (*Sign Out*), ao final da cirurgia¹².

No primeiro momento de verificação (*Sign In*), a pessoa encarregada por liderar o preenchimento do *checklist* deverá confirmar, de preferência diretamente com o paciente, a identidade deste, o consentimento para a realização da intervenção cirúrgica e o sítio cirúrgico. Também deverá confirmar visualmente se o sítio realmente está demarcado, caso necessário, verificar a segurança anestésica e a monitorização da oximetria de pulso, conferir a existência de alergias previamente conhecidas pelo paciente, revisar com a equipe a dificuldade nas vias aéreas e risco de aspiração, averiguar risco de perdas sanguíneas acima de 500 mL, a perviedade dos acessos venosos, a realização da tipagem sanguínea e a disponibilidade de sangue para a cirurgia¹².

A próxima etapa (*Time Out*) é realizada antes de o cirurgião iniciar a incisão na pele. Nela, cada membro da equipe deverá se apresentar, em voz alta, pelo nome e informar a sua função. A equipe deverá confirmar novamente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento a ser realizado. Também deverá discutir acerca dos possíveis eventos críticos do procedimento, duração e perda sanguínea prevista, conferência da esterilização dos materiais e da existência de problemas nos equipamentos e nos dispositivos. Nessa etapa, também deverá ser verificada se a administração do antimicrobiano profilático ocorreu nos 60 minutos antecedentes ao corte e, ainda, se os exames de imagens estão disponíveis¹².

No terceiro e último momento (*Sign Out*), a equipe deverá, antes de o paciente sair da sala de operação, rever o procedimento, checar se a contagem das compressas e dos instrumentais cirúrgicos estão corretas, se as amostras para exames laboratoriais estão devidamente identificadas, se há algum defeito nas máquinas e/ou equipamentos e se os registros da cirurgia foram realizados. Ressalta-se que, além dos itens mínimos, as instituições podem inserir outros itens. Prevê-se que cada etapa da LVSC seja aplicada em cerca de 1 minuto¹².

A coleta de dados, realizada entre outubro de 2022 e fevereiro de 2023, abrangeu LVSC de cirurgias realizadas entre 2018 e 2021. Nesse período, foram realizadas 8.287 cirurgias no centro cirúrgico.

A amostra foi definida a partir da atividade de rotina da Unidade de Segurança do Paciente (Usep) da instituição. Como exigência da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa), para avaliação da adesão às boas práticas de segurança do paciente pelas instituições de saúde, a Usep verifica 17 prontuários mensalmente, quantitativo já definido pela Anvisa. Para a seleção dos prontuários analisados a cada mês, a unidade realizou, semanalmente, as seguintes etapas:

1. Sorteio para definição do dia da semana (anterior) em que a cirurgia foi realizada;
2. Sorteio para definição da sala cirúrgica;
3. Sorteio do prontuário a ser avaliado.

A cada semana, foram sorteados entre quatro e cinco prontuários, contemplando diferentes dias da semana e turnos e diferentes salas cirúrgicas, até atingir o total de 17 prontuários a cada mês. Dessa forma, entre 2018 e 2021, foram analisadas 816 LVSC.

Para este estudo, os dados foram coletados a partir dos registros da Usep, bem como pelo acesso às LVSC, cuja cópia é mantida pela unidade.

Foram incluídas LVSC de cirurgias de todas as especialidades. Não foram estabelecidos critérios de exclusão, tendo em vista que todos os prontuários sorteados pela Usep apresentaram a LVSC. Quando o prontuário não contém o instrumento, a unidade considera como não preenchido, porém essa situação não foi encontrada nos registros consultados para este estudo.

Em cada LVSC foram avaliados os preenchimentos dos dados de identificação do paciente, turno e especialidade da cirurgia, sendo apresentadas as estatísticas simples para essas informações.

As LVSC também foram analisadas observando os itens preenchidos. Foram elencados os seguintes indicadores de preenchimento do *checklist*:

- a. Taxa de preenchimento dos itens das LVSC: para esse resultado, foram calculados o total de itens a serem preenchidos em todas as etapas de todas as listas avaliadas no período. Em seguida, foram identificados os itens que foram efetivamente preenchidos. Para o cálculo do indicador “Taxa de preenchimento dos itens das LVSC”, foi definida a fórmula: $[\text{Total de itens preenchidos} / \text{Total de itens das LVSC}] \times 100$.
- b. Também foi possível calcular o indicador “Taxa de preenchimento dos itens das LVSC por etapa”, sendo estabelecida a fórmula: $[\text{Total de itens preenchidos por etapa} / \text{Total de itens por etapa}] \times 100$.
- c. Completude do preenchimento: para esse cálculo, do total de listas avaliadas foram identificadas aquelas que foram completamente preenchidas — sendo essa uma meta, ou seja, que todas as LVSC estivessem completamente preenchidas, indicando que todos os itens foram checados pela equipe cirúrgica. Para o cálculo do indicador “Percentual de completude do preenchimento das LVSC”, foi definida a fórmula: $[\text{Total de Listas de Verificação da Segurança Cirúrgica com todos os itens preenchidos} / \text{Total de Listas de Verificação da Segurança Cirúrgica avaliadas}] \times 100$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição conforme CAAE número 63186022.1.0000.5050 e número de parecer 5.669.257.

RESULTADOS

Dos 816 prontuários analisados, todos tinham a presença do formulário. Relacionado à clínica cirúrgica predominante,

identificou-se que a maior quantidade de listas verificadas foi de cirurgias obstétricas, com 497 (60,9%) procedimentos; seguidas das especialidades de ginecologia, com 224 (27,4%) cirurgias. A maior parte das cirurgias realizadas ocorreu no turno da manhã, somando 487 (59,7%) cirurgias, seguido do turno da tarde, quando foram realizadas 183 (22,4%) cirurgias. As cirurgias do turno da noite, 129 (15,8%), são caracterizadas por cirurgias de urgência/emergência, conforme rotina da instituição (Tabela 1).

Dos 816 instrumentos avaliados, 805 (98,7%) estavam com os dados de identificação do paciente e do procedimento (nome completo, data de nascimento, data do procedimento, sala operatória, nome do procedimento e número de prontuário do paciente) preenchidos, tendo os anos de 2019 e 2020 apresentado 100% de preenchimento desses dados (Gráfico 1).

No que se refere à taxa de preenchimento dos itens das LVSC (total de itens preenchidos em cada lista), o somatório de itens a serem preenchidos em todas as etapas de todas as listas avaliadas foi de 41.525 itens. Observou-se que, destes, 40.731 (98,1%) foram preenchidos durante todo o período.

Tabela 1. Distribuição das Listas de Verificação da Segurança Cirúrgica segundo clínica e turno. Fortaleza (CE), Brasil, 2018–2021.

Variável	n	%
Clínica (n=816)		
Obstetrícia	497	60,9
Ginecologia	224	27,4
Mastologia	92	11,3
Neonatologia	3	0,4
Turno (n=799)		
Manhã	487	59,7
Tarde	183	22,4
Noite	129	15,8

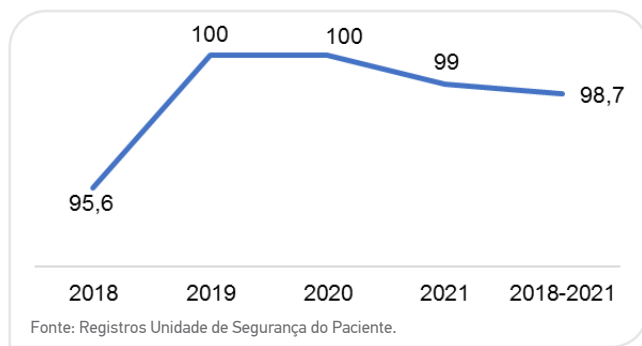


Gráfico 1. Preenchimento (%) dos dados de identificação do paciente e procedimento, segundo ano. Fortaleza (CE), Brasil, 2018–2021.

O preenchimento, segundo a etapa da cirurgia, foi maior durante o primeiro momento de verificação da lista (antes da indução anestésica), o *Sign In*, totalizando 16.670 (98,8%) itens preenchidos do total de 16.873, em todo o período. A etapa com o menor percentual de preenchimento foi o *Sign Out* (antes da saída do paciente da sala operatória), apresentando 11.078 (96,7%) itens verificados do total de 11.451. Considerando todas as etapas, 2021 foi o ano que apresentou maior taxa de itens preenchidos (98,9%), seguido do ano de 2019, quando 98,8% dos itens estavam preenchidos (Tabela 2).

Considerando os itens preconizados pela OMS na composição da LVSC, a presença de alergias deixou de ser checada em 2% das listas, sendo o item menos preenchido no *Sign In*. No *Time Out*, o questionamento se “a profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos” foi o menos aderido, deixando de ser preenchido em 2,1% das listas. O item acerca da identificação de peças anatômicas, do *Sign Out*, foi o menos preenchido na etapa, deixando de ser checado em 2% das listas. Enfatiza-se que nesse último havia a opção “não se aplica”.

Do total de listas verificadas, 528 estavam totalmente preenchidas, totalizando uma porcentagem de 64,7% de completude de preenchimento. Foram excluídas deste percentual as listas com pelo menos um item não checado. Dos anos analisados, a completude mais alta foi no ano de 2019, totalizando 73% de listas completamente preenchidas, mostrando grande acréscimo em relação a 2018, que tinha apenas 38,2% de listas preenchidas por completo (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

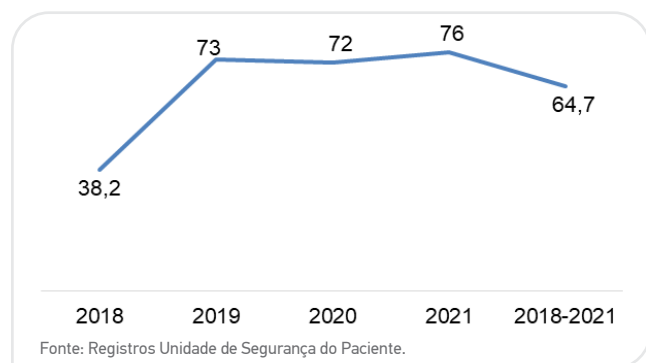
Observou-se que das 816 listas verificadas, 64,7% estavam completamente preenchidas, demonstrando um resultado similar às investigações realizadas na Etiópia e no sudeste do Brasil, que apresentaram taxas de completude de 60,8 e 67,4%, respectivamente^{15,16}.

Os dados apresentaram-se melhores quando comparados com estudo realizado no interior paulista, em que foram analisados 262 *checklists* de cirurgias pediátricas e encontradas somente 12,9% de listas que estavam com os itens totalmente preenchidos¹⁷, e com a pesquisa realizada em Minas Gerais, que, de 303 *checklists* analisados, nenhum instrumento foi encontrado completamente preenchido e ocorreu a incompletude em todos os três momentos de verificação do instrumento¹⁸.

Tabela 2. Taxas de preenchimento (%) dos itens da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica, por ano, Fortaleza (CE), Brasil, 2018–2021.

Etapa/ano	2018	2019	2020	2021	2018–2021
Sign In	97,7	99,0	99,0	99,3	98,8
Time Out	92,0	99,0	98,3	98,6	98,3
Sign Out	86,7	98,3	98,1	98,7	96,7
Geral	93,0	98,8	98,5	98,9	98,1

Fonte: Registros Unidade de Segurança do Paciente.

**Gráfico 2.** Completude (%) das Listas de Verificação da Segurança Cirúrgica, segundo o ano. Fortaleza (CE), Brasil, 2018–2021.

Ao observar um melhor resultado quando se analisou a taxa de preenchimento dos itens, aponta-se que as listas apresentaram o preenchimento da maioria dos itens, porém os itens sem resposta nas listas incompletas impactaram diretamente na taxa de completude, que considera somente os instrumentos totalmente preenchidos. Dessa forma, é possível afirmar que é necessário trabalhar junto às equipes acerca do preenchimento completo dos instrumentos, reforçando a importância do preenchimento dos itens que não foram assinalados. Também foi vista uma pequena diferença entre os percentuais das taxas de preenchimento dos itens de cada etapa da verificação.

Uma pesquisa realizada em um hospital geral de Belo Horizonte encontrou resultados distintos, pois apresentou uma taxa de 95,5% de preenchimento nos itens padronizados pela OMS na etapa do *Sign Out*, sendo esta a de maior preenchimento dos itens do estudo¹⁹. Esses dados divergem com estudos etíopiano e indiano, nos quais as maiores adesões por etapa foram encontradas na fase que precede a indução anestésica, sendo encontrado 100% de preenchimento no último estudo citado^{20,21}.

A LVSC se qualifica como um instrumento de baixo custo para implementação no cenário cirúrgico, contudo apresenta moderadas dificuldades em sua aplicação e barreiras na sua utilização nos contextos nacional e mundial^{22,23}.

Para o correto preenchimento da LVSC, em cada fase, deve ser permitido ao coordenador da lista confirmar se a equipe

completou suas tarefas antes que esta prossiga adiante. Dessa forma, é necessário que toda a equipe cirúrgica esteja presente na sala operatória e que todos participem de cada resposta dos itens, pois estas são direcionadoras de condutas que visam à redução dos riscos e de EA decorrentes dos procedimentos cirúrgicos¹².

No contexto de uma maternidade, reforçando que a maioria das cirurgias foi de obstetrícia, a correta condução e preenchimento do *checklist* pode contribuir para uma redução de morbimortalidade nesse contexto, tendo em vista que, no Brasil, entre as maiores causas de morte materna, citam-se a hemorragia pós-parto e infecções²⁴. Embora a LVSC não deva ser considerada de forma isolada, essa ferramenta contempla itens que podem prevenir ou reduzir o risco de tais situações, como a previsão de sangramento e a instituição de antibiótico profilático e a disponibilidade de materiais adequados ao procedimento.

Vale salientar que a comunicação efetiva entre os profissionais dos centros cirúrgicos deve ser primordial para o bom desempenho dos procedimentos e para o bem-estar do paciente. Dessa forma, por se apresentar como um instrumento que exige uma comunicação adequada e que funciona baseado em diálogo, o *checklist* auxilia a equipe a assegurar suas ações por meio de uma conferência multiprofissional, contribuindo assim para a segurança da assistência ao paciente, diminuindo situações desagradáveis e que possam chegar a interferir no fluxo dos procedimentos anestésico-cirúrgicos¹². Portanto, torna-se evidente a necessidade de todos os profissionais das equipes cirúrgicas participarem ativamente e entenderem a importância de cada informação solicitada durante o uso das LVSC.

Estudos internacionais^{23,25} mostram que uma boa comunicação entre os profissionais é desenvolvida e aprimorada a partir do uso do *checklist* porém, a comunicação também se constitui como a maior barreira para a efetiva aplicação da lista, sendo o relacionamento interpessoal e a baixa participação das equipes causas citadas pelas pesquisas como dificuldades encontradas durante a implementação da LVSC.

Em um estudo realizado no Paquistão²⁶ foi identificado que a adesão ao *checklist* obteve melhora significativa nos três momentos de verificação após a realização de uma intervenção

educativa acerca do instrumento, evidenciando a importância de treinamentos e capacitações continuadas com todos os integrantes das equipes cirúrgicas.

Essa pesquisa contribuiu para explicitar dados e informações acerca do preenchimento do *checklist* no âmbito de uma maternidade-escola, cujos atendimentos contemplam obstetrícia, ginecologia, mastologia e neonatologia, expressando a realidade de um hospital de ensino e contribuindo para futuras auditorias assistenciais que visam estabelecer melhorias nos indicadores de segurança do paciente no país. Enfatiza-se ainda que identificar não somente os percentuais do preenchimento, mas também abordar os itens não preenchidos, responsáveis pela incompletude das listas, direciona ações que devam enfatizar novas práticas e condutas na condução da LVSC.

Ressalta-se que este estudo se restringiu à abordagem quantitativa dos dados coletados a partir de dados secundários, não havendo observação *in loco* do preenchimento da lista, bem como não foram levantados os questionamentos dos fatores que contribuíram ou dificultaram no resultado obtido da taxa de completude.

Desse modo, investigações futuras devem ser estimuladas visando à análise qualitativa dos dados encontrados.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou avaliar as taxas de preenchimento do *checklist* de cirurgia segura em uma maternidade-escola cearense e evidenciou informações que mostraram o panorama da implementação do instrumento na instituição, conforme preconizado pela OMS.

A identificação das lacunas do preenchimento do *checklist*, principalmente no contexto da assistência obstétrica, deve direcionar o planejamento das ações de treinamento e fortalecimento da segurança cirúrgica, contribuindo para a redução de EA em procedimentos cirúrgicos, bem como para a redução da morbimortalidade materna.

Os dados revelaram que, embora a taxa de preenchimento dos itens seja elevada, a taxa de completude, que considera as listas que tiveram todos os seus itens checados, foi reduzida, demonstrando uma falha na segurança cirúrgica e apontando a necessidade de intervenções junto às equipes, tendo em vista que todos os itens são estratégicos na redução de riscos ao paciente na assistência intraoperatória.

Dessa forma, os dados apresentados neste estudo podem contribuir para a formulação de novas estratégias retificadoras, reforçando o desenvolvimento da cultura de segurança relacionada à condução e ao preenchimento das LVSC e o aperfeiçoamento da assistência cirúrgica no país.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Programa de Iniciação Científica do Centro Universitário Christus.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

ACSB: Análise formal, Conceituação, Investigação, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. LCP: Análise formal, Conceituação, Investigação, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. RMC: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Visualização. LMON: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Visualização. EML: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Supervisão, Visualização, Validação.

REFERÊNCIAS

1. Faria LR, Moreira TR, Carbogim FC, Bastos RR. Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. *Rev Col Bras Cir.* 2022;49:e20223286. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223286_en
2. Organização Panamericana de Saúde. Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS [Internet]. 2021 [acessado em 27 jul. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>.

3. Barison GAS, Pinto LFA, Maranhão DDA, Gomes MTV, Podgaec S. Panorama atual do ensino em cirurgia ginecológica minimamente invasiva. *FEMINA*. 2023;51(3):147-50
4. Covre ER, Melo WA, Tostes MFP, Fernandes CAM. Tendência de internações e mortalidade por causas cirúrgicas no Brasil, 2008 a 2016. *Rev Col Bras Cir*. 2019;46(1):e1979. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20191979>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação [Internet]. [acessado em 27 jul. 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>.
6. Minayo MCS, Gualhano L. Existe solução para o excesso de cesarianas no Brasil? *SciELO em Perspectiva*. Press Releases; 2022
7. Silva LF, Almeida CPS, Batista DF, Mariani Neto C. Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública. *FEMINA*. 2020;48(2): 114-21
8. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009. [acessado em 18 mar. 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf
9. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e2939. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>
10. Nazário SS, Cruz EDA, Batista J, Silva DP, Pedro RL, Laynes RL. Caracterização de eventos adversos hospitalares: busca ativa versus notificação espontânea. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e82040. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82040>
11. Oliveira TC, Silva JMO, Nagliate PC, Veríssimo RCSS, Sales MLH, Lucena TS. Eventos adversos e fatores associados em maternidades de alto risco. *Enferm Foco*. 2020;11(5):179-86
12. World Health Organization. World Alliance for patient safety: forward programme 2005. Geneva: WHO; 2004
13. 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/10.5935/2675-5602.20200186>
14. Gehres ARD, Cremonese L, Schuh LX. Implementation and adhesion of the safe surgery checklist in hospital institutions: integrative review. *Res Soc Dev*. 2020;9(8):e97985093. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5093>
15. Sibhatu MK, Taye DB, Gebreegziabher SB, Mesfin 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. <https://doi.org/10.1186/s13037-022-00329-6>
16. 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>
17. 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>
18. 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>
19. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(10):e00046216. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>
20. Allene MD. Clinical audit on World Health Organization surgical safety checklist completion at Debre Berhan comprehensive specialized hospital: a prospective cohort study. *Int J Surg Open*. 2020;24:161-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.05.013>
21. Ambulkar R, Ranganathan P, Salunke K, Savarkar S. The World Health Organization Surgical Safety Checklist: an audit of quality of implementation at a tertiary care high volume cancer institution. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2018;34(3):392-8. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_328_17
22. 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>
23. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, et al. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop*. 2011;35(6):897-901. <https://doi.org/10.1007/s00264-010-1112-7>
24. Organização Panamericana de Saúde. Saúde materna [Internet]. [acessado em 28 jul. 2023]. Disponível em: [https://www.paho.org/pt/node/63100#:~:text=Causas%20da%20mortalidade%20materna&text=As%20principais%20complica%C3%A7%C3%B5es%2C%20que%20representam,normalmente%20depois%20do%20parto\)%3B](https://www.paho.org/pt/node/63100#:~:text=Causas%20da%20mortalidade%20materna&text=As%20principais%20complica%C3%A7%C3%B5es%2C%20que%20representam,normalmente%20depois%20do%20parto)%3B).
25. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Saf Surg*. 2019;13:14. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>
26. Gul F, Nazir M, Abbas K, Khan AA, Malick DS, Khan H, et al. Surgical safety checklist compliance: the clinical audit. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;81:104397. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104397>