

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA FERNANDA DO PRADO TOSTES

Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em
serviços de saúde

Ribeirão Preto
2017

MARIA FERNANDA DO PRADO TOSTES

Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Galvão

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Tostes, Maria Fernanda do Prado

Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde. Ribeirão Preto, 2017.

231 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Cristina Maria Galvão

1. Enfermagem perioperatória. 2. Lista de verificação de segurança cirúrgica.
3. Organização Mundial da Saúde. 4. Segurança do paciente.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado

Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Aos meus pais, João e Teresinha

O apoio, presença e participação ativa de ambos nesta etapa especial da minha vida permearam este momento de alegria, leveza, ânimo, força e coragem.

Ao meu amado esposo, Raimundo Alberto Tostes

Inicialmente, seu amor e incentivo me encorajaram a buscar a realização deste sonho. Nesta travessia, seu exemplo, presença, apoio, paciência, atenção, dedicação, prontidão, companheirismo, compreensão e motivação incondicionais me fortaleceram a seguir em frente e chegar. Especialmente, a você, com todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e pela capacidade inesgotável de sonhar.

À Profa. Dra. Cristina Maria Galvão, pela oportunidade e privilégio de tê-la como orientadora, pois conduziu este processo pautado no respeito mútuo, competência, comprometimento e rigor metódico. Agradeço pelas orientações recebidas, apoio e encorajamento na condução desta pesquisa, que contribuíram muito para o meu aprendizado e formação como pesquisadora e, especialmente, para aprimorar o meu fazer/ser docente.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial, ao Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental, pelo fomento à qualificação de enfermeiros, demais profissionais da saúde e áreas afins e pela formação acadêmica de excelência sustentada na qualificação do corpo docente, que a faz referência para outras Universidades do país e do exterior.

À Universidade Estadual do Paraná, pelo apoio à minha capacitação docente por meio da concessão de afastamento parcial durante o curso do Doutorado e concessão de afastamento integral no ano de 2016.

Aos docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelos conhecimentos compartilhados durante as disciplinas cursadas no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental.

Aos docentes, Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas e Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas, pelas contribuições oferecidas durante o Exame de Qualificação.

Às instituições hospitalares, aos docentes e enfermeiros perioperatórios participantes, que possibilitaram a condução deste estudo.

Por fim, a todos que, de forma direta ou indireta, ajudaram-me na realização desta pesquisa.

“Não há nada como o sonho para criar o futuro. Utopia hoje, carne e osso amanhã.”

Victor Hugo

RESUMO

TOSTES, M.F.P. **Lista de verificação de segurança cirúrgica:** evidências para a implementação em serviços de saúde. 2017. 231 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A segurança do paciente cirúrgico é problemática complexa e desafiadora em âmbito global. A presente pesquisa teve como objetivos (a) analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde, e (b) analisar o processo de implementação e o uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuavam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná. A pesquisa foi conduzida em duas fases: revisão integrativa e estudo descritivo. A busca dos estudos primários foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS. A amostra da revisão integrativa foi composta de 27 pesquisas agrupadas em três categorias, a saber: processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=15); processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=9) e facilitadores e barreiras para implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=3). A condução da revisão integrativa possibilitou compreender o processo de implementação da lista, as diferentes estratégias utilizadas para sua implantação, aspectos da implementação considerados bem-sucedidos ou pouco exitosos no alcance dos resultados esperados, facilitadores e barreiras deste processo. O estudo descritivo foi realizado em 25 hospitais de duas cidades que compõem a mesorregião do Norte Central Paranaense (Londrina e Maringá). Os participantes foram 91 enfermeiros que atuavam em centro cirúrgico dos hospitais selecionados. Para a coleta de dados elaborou-se dois instrumentos, os quais foram submetidos à validação aparente e de conteúdo. Os resultados evidenciaram que, na maioria dos hospitais investigados, a lista de verificação de segurança cirúrgica foi implementada, sendo que, para a maioria dos participantes, as estratégias adotadas na introdução da lista foram o planejamento prévio conduzido pelos enfermeiros, a adaptação com predominância do uso no formato impresso e programa educacional. Com relação ao uso diário da lista, a maioria dos enfermeiros apontou a utilização inadequada desta prática nos seguintes aspectos: adesão parcial ao uso pela equipe cirúrgica, diferença de adesão entre as etapas de checagem e entre as categorias profissionais e condutas inadequadas da equipe cirúrgica na checagem da lista em sala cirúrgica (equipe incompleta, desatenta e sem participação ativa de seus membros). Para a maioria dos participantes, o uso da lista trouxe benefícios ou tem potencial para produzir efeitos benéficos para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde. As evidências geradas trazem subsídios para os enfermeiros e demais profissionais de saúde na elaboração de protocolos relativos ao processo de implementação ou uso diário da lista mais adequados e compatíveis com as especificidades estruturais e organizacionais dos serviços de saúde nacionais, com o propósito de viabilizar a integração desta ferramenta no processo de trabalho, melhorar a adesão da equipe e alcançar os melhores resultados em prol da segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória. Lista de verificação de segurança cirúrgica. Organização Mundial da Saúde. Segurança do paciente.

ABSTRACT

TOSTES, M.F.P. **Surgical safety checklist**: evidence for implementation in health services. 2017. 231 f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Surgical patient safety is a complex and challenging problem at the global level. This study aimed to analyze (a) the available evidence in the literature on the process of implementation of the surgical safety checklist of the World Health Organization in the practice of health services, and (b) the implementation process and the daily use of the surgical safety checklist, according to the report of nurses working in surgical center units of hospitals of two cities located in the state of Paraná. The research was conducted in two phases: integrative review and descriptive study. The search for primary studies was carried out in PubMed, CINAHL and LILACS databases. The sample of the integrative review consisted of 27 studies grouped into three categories, namely: implementation process: strategies for the introduction of the surgical safety checklist in the health services (n = 15); implementation process: strategies to optimize the use of the surgical safety checklist in health services (n = 9) and facilitators and barriers to the implementation of the surgical safety checklist (n = 3). Conducting the integrative review made it possible to understand the process of implementing the list, the different strategies used for its implementation, aspects of implementation considered successful or not very successful in achieving the expected results, facilitators and barriers of this process. The descriptive study was carried out in 25 hospitals of two cities that make up the mesoregion of Northern Central of Paraná state (Londrina and Maringá). Participants were 91 nurses who worked in the surgical center of the selected hospitals. For the data collection, two instruments were elaborated, which were submitted to the apparent validation and content. The results showed that, in most of the hospitals investigated, the surgical safety checklist was implemented, and, for most of the participants, the strategies adopted in the introduction of the list were the previous planning conducted by the nurses, the adaptation with predominance of the use in the printed format and educational program. Regarding the daily use of the list, most of the nurses pointed out the inadequate use of this practice in the following aspects: surgical team's partial adherence to the use of it, difference in adherence between the check-up stages, and between the professional categories and inadequate behavior of the surgical team in checking the list in the surgical room (incomplete, inattentive team, and members not taking part actively). For most participants, using the list has brought benefits or can potentially produce beneficial effects for the patient, surgical team, and health service. The evidence generated provides subsidies for nurses and other health professionals in elaborating protocols related to the implementation process or daily use of the list more adequate and compatible with the structural and organizational specificities of the national health services, in order to make feasible the integration of this tool into the work process, to improve team adherence and to achieve the best results for patient safety.

Keywords: Perioperative nursing. Surgical safety checklist. World Health Organization. Patient safety.

RESUMEN

TOSTES, M.F.P. **Lista de verificación de la seguridad quirúrgica:** evidencia para su implementación en los servicios de salud. 2017. 231 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La seguridad del paciente quirúrgico es un problema complejo y desafiante a nivel global. El objetivo de este estudio fue analizar: a) la evidencia disponible en la literatura sobre el proceso de implementación de la lista de control de seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud en la práctica de los servicios de salud, y b) el proceso de implementación y el uso diario de la lista de control de seguridad quirúrgica, según el informe de enfermeros que trabajan en unidades quirúrgicas de hospitales de dos ciudades del estado de Paraná. La investigación se realizó en dos fases: revisión integradora y estudio descriptivo. La búsqueda de estudios primarios se realizó en las bases de datos PubMed, CINAHL y LILACS. La muestra de la revisión integradora consistió en 27 estudios agrupados en tres categorías, a saber: proceso de implementación: estrategias para la introducción de la lista de control de seguridad quirúrgica en los servicios de salud (n = 15); Implementación: estrategias para optimizar el uso de la lista de control de seguridad quirúrgica en servicios de salud (n = 9) y facilitadores y barreras para la implementación de la lista de control de seguridad quirúrgica (n = 3). La realización de la revisión integradora permitió comprender el proceso de implementación de la lista, las diferentes estrategias utilizadas para su implementación, aspectos de implementación considerados exitosos o poco exitosos en el logro de los resultados esperados, facilitadores y barreras de este proceso. El estudio descriptivo se realizó en 25 hospitales de dos ciudades que conforman la mesorregión de la Región Centro Norte del estado de Paraná (Londrina y Maringá). Participaron 91 enfermeros que trabajaban en el centro quirúrgico de los hospitales seleccionados. Para la recolección de datos, se elaboraron dos instrumentos, los cuales fueron sometidos a la aparente validación y contenido. Los resultados mostraron que, en la mayoría de los hospitales investigados, se implementó la lista de control de seguridad quirúrgica, y, para la mayoría de los participantes, las estrategias adoptadas en la introducción de la lista fueron la planificación previa realizada por las enfermeras, la adaptación con predominio del uso en formato impreso y programa educativo. En cuanto al uso diario de la lista, la mayoría de las enfermeras señalaron el uso inadecuado de esta práctica en los siguientes aspectos: adherencia parcial del equipo quirúrgico al uso de la misma, diferencia en la adherencia entre las etapas de control, y entre las categorías profesionales y el comportamiento inadecuado del equipo quirúrgico al revisar la lista en la sala quirúrgica (equipo incompleto, desatento y miembros que no participan activamente). Para la mayoría de los participantes, el uso de la lista ha traído beneficios o puede producir efectos beneficiosos para el paciente, el equipo quirúrgico y el servicio de salud. La evidencia generada proporciona subsidios para enfermeras y otros profesionales de la salud en la elaboración de protocolos relacionados con el proceso de implementación o uso diario de la lista más adecuados y compatibles con las especificidades estructurales y organizativas de los servicios nacionales de salud, para viabilizar la integración de esta herramienta en el proceso de trabajo, para mejorar la adherencia del equipo y para lograr los mejores resultados para la seguridad del paciente.

Palabras clave: Enfermería perioperatoria. Lista de verificación de la seguridad quirúrgica. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estratégia PICOT para a formulação da questão de pesquisa ...	36
Quadro 2 –	Bases de dados selecionadas para a busca dos estudos primários, descritores controlados e não controlados (palavras-chave) delimitados	37
Quadro 3 –	Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com a área temática do periódico, nome do periódico, número de artigos e ano de publicação	52
Quadro 4 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	55
Quadro 5 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	57
Quadro 6 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	59
Quadro 7 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	61
Quadro 8 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	63
Quadro 9 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	65
Quadro 10 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	67
Quadro 11 –	Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	69

Quadro 12 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	71
Quadro 13 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	73
Quadro 14 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	75
Quadro 15 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	77
Quadro 16 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	79
Quadro 17 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	81
Quadro 18 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	83
Quadro 19 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	85
Quadro 20 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	87
Quadro 21 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	89
Quadro 22 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	91

Quadro 23 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	93
Quadro 24 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	95
Quadro 25 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	97
Quadro 26 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	99
Quadro 27 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	101
Quadro 28 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	103
Quadro 29 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	105
Quadro 30 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Estratégia de busca dos estudos primários na base de dados PubMed	38
Figura 2 –	Estratégia de busca dos estudos primários na base de dados CINAHL	39
Figura 3 –	Estratégia de busca dos estudos primários na base de dados LILACS	39
Figura 4 –	Fluxograma do número de instituições hospitalares das cidades de Londrina e Maringá (PR)	44
Figura 5 –	Fluxograma da busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis sociodemográficas. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016..	111
Tabela 2 –	Caracterização dos hospitais e unidades de centro cirúrgico segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016	114
Tabela 3 –	Caracterização do processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016	117
Tabela 4 –	Caracterização da adesão ao uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica pela equipe cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016	121
Tabela 5 –	Caracterização da checagem diária da lista de verificação de segurança cirúrgica pela equipe cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016	125
Tabela 6 –	Caracterização dos benefícios da lista de verificação de segurança cirúrgica para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016	130
Tabela 7 –	Caracterização dos facilitadores para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016	134
Tabela 8 –	Caracterização das barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMUT	Comutação Bibliográfica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IC	Intervalo de Confiança
IES	Instituição de Ensino Superior
K	Índice Kappa
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
MeSH	Medical Subject Headings
MH	CINAHL Headings
ml	Mililitros
N/n	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
p.	Página
PBE	Prática Baseada em Evidências
PDSA	Plan-Do-Study- Act
PICOT	População-Intervenção -Comparação-Desfecho-Tempo
PR	Paraná
PubMed	National Library of Medicine National Institutes of Health
RI	Revisão Integrativa
SPSS	Statistical Package Social Sciences

Sr.	Senhor
Sra.	Senhora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
v.	Volume
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

\$	Dólar
=	Igual
>	Maior
<	Menor
Nº/nº	Número
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	32
3	MÉTODOS	34
3.1	MÉTODO: REVISÃO INTEGRATIVA	35
3.1.1	Elaboração da questão de pesquisa	35
3.1.2	Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários	36
3.1.3	Extração de dados dos estudos primários	40
3.1.4	Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão	40
3.1.5	Análise e síntese dos resultados da revisão	41
3.1.6	Apresentação da revisão integrativa	41
3.2	DELINEAMENTO DE PESQUISA NÃO EXPERIMENTAL	42
3.2.1	Tipo de estudo	42
3.2.2	Local	42
3.2.3	População e amostra	45
3.2.4	Elaboração e validação aparente e de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados	45
3.2.5	Coleta de dados	46
3.2.6	Análise dos dados	47
3.2.7	Aspectos éticos	48
4	RESULTADOS	49
4.1	RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	50
4.2	RESULTADOS DO ESTUDO DESCRITIVO	109
4.2.1	Caracterização dos enfermeiros: dados sociodemográficos	109
4.2.2	Caracterização dos hospitais e unidades de centro cirúrgico ...	112
4.2.3	Caracterização do processo de implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica	115
4.2.4	Benefícios da lista de verificação de segurança cirúrgica para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde	127
4.2.5	Facilitadores para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	132

4.2.6	Barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	135
5	DISCUSSÃO	140
5.1	DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA	141
5.1.1	Processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	141
5.1.2	Processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	155
5.1.3	Facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde	164
5.2	DISCUSSÃO DO ESTUDO DESCRITIVO	169
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
	REFERÊNCIAS	198
	APÊNDICES	211
	APÊNDICE A - Instrução para os juízes	212
	APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados (enfermeiros atuantes em centro cirúrgico dos hospitais que implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica)	213
	APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados (enfermeiros atuantes em centro cirúrgico dos hospitais que não implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica)	218
	APÊNDICE D - Solicitação de anuência para a instituição coparticipante	222
	APÊNDICE E - Declaração de concordância da instituição coparticipante	224
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Juízes..	225
	APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Participantes	227
	ANEXOS	229
	ANEXO A - Lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde	230
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	231

A cirurgia é essencial para o manejo de diversas condições que afetam a saúde, tais como lesões, malignidades, infecções, doenças cardiovasculares, complicações obstétricas, dentre outras. Na ausência de tratamento cirúrgico, patologias comuns e tratáveis, como fraturas, apendicite, hérnias, complicações obstétricas, anomalias congênitas, neoplasias de mama e colo do útero, tornam-se doenças com taxas de mortalidade elevadas (MEARA et al., 2015).

Assim, a cirurgia é parte indivisível e indispensável dos cuidados de saúde e pode ajudar milhões de pessoas a ter vidas saudáveis e produtivas, portanto deve ser componente fundamental do sistema nacional de saúde em todos os países, independentemente do nível de desenvolvimento socioeconômico (OZGEDIZ et al., 2008; KIM, 2014; MEARA et al., 2015).

Nos próximos 20 anos, em decorrência da transição epidemiológica em muitos países de renda baixa e média, a necessidade de cirurgia aumentará contínua e substancialmente (MEARA et al., 2015). Em estimativa sobre volume cirúrgico mundial identificaram-se 234,2 milhões de cirurgias, cerca de um procedimento para cada 25 pessoas foi realizado em 2004 (WEISER et al., 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Em estudo mais recente, os resultados demonstraram que 312,9 milhões de procedimentos cirúrgicos ocorreram em 2012. Este dado representou aumento de 38% nos últimos oito anos a partir de 2004 e foi mais expressivo nos países com gasto *per capita* em saúde considerado muito baixo e baixo, ou seja, aqueles que investem 400 dólares ou menos, *per capita*, em cuidados de saúde (WEISER et al., 2016).

Embora haja crescente e expressivo aumento no volume cirúrgico, as disparidades de acesso à cirurgia persistem globalmente. Estima-se que apenas um em cada 20 procedimentos cirúrgicos ocorra em países com gasto *per capita* em saúde considerado muito baixo, apesar de esses países representarem mais de um terço da população mundial. Em países de renda baixa, nove em cada dez pessoas não têm acesso aos cuidados cirúrgicos mais básicos. No contexto mundial, estima-se que, aproximadamente, cinco bilhões de pessoas não têm acesso aos cuidados cirúrgicos e anestésicos de custo baixo e seguros quando necessários (MEARA et al., 2015; WEISER et al., 2016).

A assistência cirúrgica acessível e segura é essencial para a redução da morbimortalidade e incapacidades decorrentes de condições cirúrgicas. Além disso, melhora o bem-estar da população, a produtividade econômica, a capacidade e a

liberdade dos indivíduos, contribuindo para o desenvolvimento em longo prazo dos países e fortalecimento dos sistemas de saúde (MOCK et al., 2015; MEARA et al., 2015).

Entretanto, em países industrializados, a taxa de ocorrência de complicações cirúrgicas importantes é de 3 a 22% nos pacientes internados, e a taxa de mortalidade de 0,4 a 0,8%, sendo que quase metade das complicações poderia ser evitável, tais como: infecção de sítio cirúrgico, pneumonia, embolia pulmonar, sangramento pós-operatório, trombose venosa profunda e lesões na ferida operatória, dentre outras (GAWANDE et al., 1999; KABLE; GIBBERD; SPIGELMAN, 2002). Em países em desenvolvimento, os índices de morbidade e mortalidade relacionados ao procedimento cirúrgico são mais elevados (YII; NG, 2002).

Em estudo recente, conduzido nos Estados Unidos da América, os autores avaliaram 9.711 eventos adversos em cirurgia, os quais foram notificados e ocorreram entre 1999 e 2010. Desses, 6,6% resultaram em mortalidade, 32,9% em lesão permanente e 52,9% em lesão temporária (MEHTSUN et al., 2013).

Em países em desenvolvimento, pesquisa foi desenvolvida abrangendo oito países, sendo que os autores investigaram a frequência e natureza de eventos adversos por meio da análise de 15.548 registros hospitalares. Destes, 8,2% dos pacientes apresentaram pelo menos um evento adverso, 83% foram considerados evitáveis, enquanto cerca de 30% resultaram em mortalidade do paciente. Dentre os tipos de eventos adversos, 18,4% foram classificados em eventos adversos cirúrgicos. O treinamento e a supervisão de pessoal inadequados ou a incapacidade de seguir as políticas ou protocolos contribuíram para a maioria dos eventos adversos (WILSON et al., 2012).

Em pesquisa conduzida no Brasil, os resultados indicaram que a incidência de eventos adversos em hospitais do país foi de 7,6% (84 de 1.103 pacientes), dado esse semelhante aos encontrados em estudos internacionais. A proporção global de eventos adversos evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes). Os eventos adversos cirúrgicos foram os mais frequentes (35,2%). A proporção de eventos adversos evitáveis foi maior nos hospitais brasileiros (MENDES et al., 2009).

Em estudo de coorte retrospectivo com o objetivo de avaliar a incidência de eventos adversos cirúrgicos e fatores contributivos, desenvolvido em três hospitais brasileiros, os resultados evidenciaram incidência de 3,5% (38 de 1.103 pacientes hospitalizados) e a proporção de pacientes com eventos adversos cirúrgicos entre os

pacientes submetidos à cirurgia foi de 5,9% (38 em 643). A proporção de pacientes com eventos adversos cirúrgicos evitáveis foi de 65,8% (25 de 38 pacientes). Cerca de um em cinco pacientes com evento adverso cirúrgico teve incapacidade permanente ou morreu (MOURA; MENDES, 2012).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de reduzir os eventos adversos e fortalecer globalmente as práticas de segurança na assistência à saúde. Um elemento central dessa Aliança é o “Desafio Global para a Segurança do Paciente”, que, a partir de 2007, enfatizou a segurança da assistência cirúrgica, o que resultou na produção de documento intitulado Cirurgias Seguras Salvam Vidas. A meta desse desafio é melhorar a qualidade da assistência cirúrgica mundial por meio da definição de um conjunto de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os cenários e países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Os padrões de segurança cirúrgica incluem a ênfase no trabalho em equipe com estímulo à comunicação e eficiência no cumprimento das etapas preparatórias da cirurgia, a anestesiologia segura pela monitorização adequada do paciente e preparação antecipada na identificação de problemas anestésicos ou potencialmente letais, a prevenção de infecção de sítio cirúrgico e a mensuração da assistência cirúrgica, pela criação de indicadores para mensurar os processos e resultados da assistência cirúrgica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Os padrões delimitados foram convertidos em itens a serem operacionalizados por meio do uso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) (Anexo A) em sala de operação. O objetivo mais abrangente dessa lista foi enfatizar itens que considerem as etapas mais críticas da cirurgia no período intraoperatório, conhecidas por, muitas vezes, serem esquecidas e que, quando omitidas, podem colocar o paciente em risco maior de danos. Além disso, em sua elaboração, os aspectos da aplicabilidade, facilidade, funcionalidade, eficácia, estímulo à interação e comunicação da equipe foram considerados. Na maioria das situações, a checagem da LVSC pode ser concluída em 60 a 90 segundos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A LVSC é subdividida em três fases, cada uma corresponde a um momento específico no fluxo normal do procedimento anestésico cirúrgico, a saber: período anterior à indução anestésica (*sign in*), período anterior à incisão cirúrgica (*time out*)

e período imediatamente após o fechamento da incisão cirúrgica (*sign out*) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A checagem da LVSC deve ser submetida à confirmação verbal pela equipe multidisciplinar da sala cirúrgica, de modo a permitir ação corretiva, se algum item for ignorado. Frequentemente a verificação dos itens será executada por um profissional da equipe de enfermagem que será o coordenador da checagem da lista. Esse profissional deve confirmar se a equipe completou suas tarefas em cada fase de checagem antes que prossiga adiante (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Enquanto as equipes familiarizam-se com os itens de cada fase da LVSC, elas podem integrar a checagem em seu processo de trabalho habitual e verbalizar a conclusão de cada item, sem a intervenção explícita do coordenador. Cada equipe deve procurar incorporá-la em seu trabalho com a eficiência máxima e a mínima interrupção, enquanto objetiva realizar as fases de forma efetiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A partir da divulgação da LVSC pela OMS, nos últimos anos, encontram-se iniciativas para a sua implementação nos serviços de saúde ao redor do mundo. Assim, considera-se oportuno elencar os benefícios da implantação desta ferramenta na prática clínica na perspectiva dos pacientes, equipe de profissionais e serviços de saúde.

Em relação aos pacientes, os resultados de estudos comprovaram o efeito benéfico do uso da LVSC. Em estudo de coorte retrospectivo conduzido em 28 países europeus cujo objetivo delimitado pelos autores foi verificar a eficácia clínica da LVSC na melhoria dos resultados no pós-operatório, sendo incluídos na análise 45.591 pacientes de 426 hospitais. A lista foi utilizada em 67,5% dos pacientes, com uma variação acentuada entre os países (0-99,6% dos pacientes). O uso da ferramenta nos serviços de saúde foi associado com redução da mortalidade hospitalar (OR 0,84; IC 0,75-0,94; $p=0,002$). Este resultado pode representar efeito protetor do uso da lista ou, alternativamente, pode ser um indicador indireto da qualidade dos cuidados perioperatórios (JAMMER et al., 2015).

Em estudo pioneiro, multicêntrico e quase experimental, os pesquisadores investigaram o efeito da implementação da lista na taxa de complicações cirúrgicas e mortalidade em diferentes países com distintas condições socioeconômicas. Houve redução significativa na taxa global de complicações cirúrgicas (11% para 7%,

$p < 0,001$), tais como: infecção de sítio cirúrgico e reoperação não planejada ($p < 0,001$ e $p = 0,047$, respectivamente) e na mortalidade (1,5% para 0,8%, $p = 0,003$) (HAYNES et al., 2009).

Em 2014, após as evidências geradas por meio de estudos observacionais, as quais demonstraram a melhoria dos resultados cirúrgicos com o uso da LVSC, pesquisadores conduziram estudo quase experimental com o objetivo de comparar a morbimortalidade cirúrgica, antes e depois da introdução da ferramenta, em todos os hospitais de Ontário, no Canadá. Houve a participação de 101 hospitais, os quais executaram 109.341 e 106.370 procedimentos, respectivamente, antes e após o uso da lista. Em contraposição aos resultados obtidos em estudos similares, os autores concluíram que a implementação da LVSC não foi associada à redução estatisticamente significativa na mortalidade operatória ou complicações (URBACH et al., 2014).

Em contrapartida, em revisão sistemática com meta-análise, os autores avaliaram a eficácia da LVSC na redução de complicações pós-operatórias, sendo que os resultados demonstraram correlação entre a diminuição das complicações pós-operatórias e adesão aos aspectos dos cuidados incorporados na lista (com diferença estatisticamente significativa). Segundo os autores, as evidências geradas são sugestivas de redução das complicações pós-operatórias e mortalidade decorrentes da aplicação da ferramenta, mas não podem ser consideradas definitivas devido à ausência de estudos de melhor qualidade (BERGS et al., 2014).

Em meta-análise também desenvolvida por estudiosos para investigar a eficácia da LVSC nos resultados cirúrgicos, o uso da ferramenta foi associado à diminuição significativa da mortalidade e complicações cirúrgicas, dentre as quais, complicações respiratórias, cardíacas, infecciosas e sangramento perioperatório. Segundo os pesquisadores, há evidências suficientes provenientes de ensaios clínicos randomizados para sugerir que a lista reduziu a morbimortalidade em hospitais terciários e comunitários (BICCARD et al., 2016).

Em outra pesquisa cujos autores investigaram sobre a percepção dos participantes que vivenciaram o uso da LVSC, os resultados constataram que, para a maioria dos pacientes, a lista ajudou a reduzir os sentimentos de ansiedade, tensão e medo, bem como aumentou a sensação de segurança. Além disso, a maioria respondeu que a lista deve ser implementada no serviço de saúde. Esses resultados

sugerem que os pacientes perceberam a implementação da lista como aspecto positivo no cuidado cirúrgico prestado (KAWANO et al., 2015).

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, o uso da LVSC pode influenciar aspectos mais amplos de atuação da equipe na sala cirúrgica, ou seja, promover a melhoria do trabalho em equipe interprofissional e a comunicação (HEALEY et al., 2011). No entanto, os resultados de estudos indicaram que, quando a ferramenta foi utilizada em condições inadequadas ou quando os indivíduos envolvidos não aderiram ao processo, o emprego da lista pode, inversamente, ter impacto negativo sobre a função da equipe, como a percepção de que a utilização da ferramenta não produz mudança na comunicação interpessoal (PANCIERI et al., 2013; RUSS et al., 2013).

Em revisão sistemática sobre o impacto da LVSC na comunicação e trabalho em equipe, os seguintes resultados ocorreram após a implantação dessa ferramenta no serviço de saúde: melhora da autopercepção do trabalho em equipe e comunicação, redução em consequências visíveis de má comunicação e quase acidentes associados aos erros de comunicação. O mecanismo envolvido na promoção da melhoria concentrou-se no estabelecimento de diálogo aberto no início do caso, promovendo a prestação de informações relevantes, identificação de lacunas de conhecimento, incentivando a verbalização de preocupações, provocando mudança no plano de cuidados, reforço e apoio interdisciplinar na tomada de decisão. Houve diferenças na percepção do impacto da LVSC entre os profissionais de saúde, sendo que a equipe de enfermagem teve percepção máxima dos benefícios para o trabalho em equipe, seguida pelos anestesistas. Os cirurgiões perceberam impacto positivo menor (RUSS et al., 2013).

Ao promover interação e comunicação verbal direta, a utilização da LVSC possibilita canais de comunicação entre os membros da equipe, compreensão comum ou "modelo mental compartilhado" do paciente, do procedimento e dos possíveis riscos inerentes. Soma-se, ainda, a capacitação da equipe para expressar preocupações de segurança antecipadas, que, caso contrário, não seria estimulada a fazê-lo. Além disso, o uso dessa ferramenta permite a familiarização dos membros da equipe uns com os outros, pois estimula sua apresentação diante do paciente cirúrgico (RUSS et al., 2013).

Segundo Robbins (2011), compartilhar os nomes e funções dos membros da equipe é um dos métodos mais eficazes para a promoção do senso de participação e responsabilidade individual e coletiva diante do paciente e caso cirúrgico. Essa ação

umenta a probabilidade de a equipe sentir-se estimulada a verbalizar a antecipação ou detecção de um problema. Isso é especialmente relevante, pois, devido à variação comportamental dos indivíduos, muitas vezes a participação ou envolvimento do membro da equipe não é constante entre os procedimentos cirúrgicos.

Nos serviços de saúde, o uso da LVSC traz benefícios em aspectos relativos ao processo de trabalho, custos, tempo e qualidade. Assim, processos de trabalho com o uso dessa ferramenta são considerados mais seguros, sem redução na produtividade ou interrupções no fluxo de trabalho. Os hospitais podem obter redução de custos por meio de ganhos de eficiência, diminuição da rotatividade de enfermeiros, redução de atrasos, cancelamentos dos procedimentos cirúrgicos e prevenção de complicações cirúrgicas (SEMEL et al., 2010; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Em relação ao tempo, pesquisadores compararam a permanência do paciente na sala cirúrgica antes e depois da implementação da LVSC. Antes da introdução da ferramenta, a média de permanência era de 161,9 minutos em 2006, em comparação com 162,3 minutos em 2009 ($p=0,13$). Embora a média de permanência do paciente tenha sido maior após a introdução da lista, esta diferença não foi estatisticamente significativa (SEMEL et al., 2010). Considera-se que a aplicação sistemática de intervenção de tecnologia baixa, como a LVSC, é uma estratégia de melhoria da qualidade do atendimento e redução de custos hospitalares (SEMEL et al., 2010, TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Os benefícios da utilização da LVSC na prática clínica são claros. No entanto, os resultados de estudos demonstraram variações na taxa de adesão no uso da lista, falhas na checagem dos seus itens e distorções no processo de implementação, aspectos que podem comprometer a sua efetividade (DACKIEWICZ et al., 2012; FOURCADE et al., 2012; FREITAS et al., 2014; GAGLIARDI et al., 2014; RUSS et al., 2015a). A partir dessa problemática, devem-se reconhecer os fatores críticos envolvidos no processo de implementação da lista, o que abrange conhecer as características desse processo e os fatores interferentes (BORCHARD et al., 2012; DACKIEWICZ et al., 2012; FOURCADE et al., 2012; GAGLIARDI et al., 2014; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Na literatura, algumas dificuldades foram apontadas e compreendem aspectos organizacionais, tais como: ausência de clima organizacional seguro e cultura de segurança; falta de apoio institucional, de mudanças organizacionais aliadas à

introdução da lista, de educação/treinamento para todas as categorias profissionais; desobrigação da equipe executora em participar do planejamento; não realização de teste piloto, auditoria e *feedback*; imposição da lista de maneira mandatória de cima para baixo, sem qualquer explicação de por que ou como a ferramenta deve ser usada; checagens redundantes, infraestrutura insuficiente, sobrecarga de trabalho, emergências, dentre outras (BORCHARD et al., 2012; FOURCADE et al., 2012; FREITAS et al., 2014; GAGLIARDI et al., 2014; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

As dificuldades relativas à equipe de profissionais de saúde, elencadas na literatura, abrangeram o uso inadequado da lista, má comunicação entre os membros da equipe, ausência de liderança local para dar o exemplo e apoio, desconhecimento e constrangimento, nítida hierarquia na sala cirúrgica, ceticismo em relação ao seu benefício, crença da necessidade de quantidade grande de tempo para ser utilizada, especialmente quando os profissionais estão muito ocupados (por exemplo, cirurgia de emergência, ao final do dia), pertencer a determinada categoria profissional, pois objeções foram expressas mais repetidamente pelos cirurgiões, dentre outras (CONLEY et al., 2011; BORCHARD et al., 2012; FOURCADE et al., 2012; HURTADO et al., 2012; AVELING; MCCULLOCH; DIXON-WOODS, 2013; GAGLIARDI et al., 2014; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Assim, as evidências indicam que barreiras impostas à implementação efetiva da LVSC podem comprometer os benefícios reais dessa ferramenta para os pacientes, profissionais e serviços de saúde (BORCHARD et al., 2012; FOURCADE et al., 2012; GAGLIARDI et al., 2014; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Salienta-se que as publicações sobre a LVSC apresentam ênfase, sobretudo, na avaliação de resultados, aspecto fundamental para endossar o seu uso nos serviços de saúde e ampliar a implantação dessa prática globalmente. No entanto, os estudiosos pouco exploraram o processo de implementação (HAYNES et al., 2009; SEMEL et al., 2010; WEISER et al., 2010a; KWOK et al., 2013; KAWANO et al., 2015). A compreensão desse processo é igualmente relevante para conhecer os desafios impostos à implementação dessa prática no cotidiano do Centro Cirúrgico (CC), bem como os fatores críticos para a efetiva utilização da lista (FOURCADE et al., 2012).

Frente ao exposto, nos últimos anos, os pesquisadores recomendam que seja dada especial atenção a esta problemática nas investigações futuras, para o conhecimento de fatores adicionais de suporte à implementação efetiva da LVSC, os quais podem auxiliar no alcance dos resultados almejados em prol da segurança

cirúrgica (BORCHARD et al., 2012; FOURCADE et al., 2012; GAGLIARDI et al., 2014; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Diante dessas recomendações, observa-se o crescimento no número de publicações sob este enfoque. Entretanto, uma das principais limitações das pesquisas publicadas sobre a LVSC consiste na falta de descrições robustas de métodos de intervenção e estratégias de implementação (GILLESPIE; MARSHALL, 2015).

No Brasil, apesar de iniciativas para a implementação da LVSC nos hospitais, constata-se escassez de publicações sobre a problemática (MOTA FILHO et al., 2013; PANCIERI et al., 2013; FREITAS et al., 2014; DIEGO et al., 2016; SANTANA; RODRIGUES; EVANGELISTA, 2016), principalmente sobre o processo de implementação dessa ferramenta nos serviços de saúde (SANTANA et al., 2016).

As pesquisas conduzidas no contexto nacional tiveram enfoques diferentes, tais como: taxa de adesão ao uso da LVSC e impacto na morbimortalidade dos pacientes (SANTANA et al., 2016); adesão da equipe ao uso da lista (FREITAS et al., 2014); opinião e atitudes da equipe sobre a lista (PANCIERI et al., 2013; SANTANA; RODRIGUES; EVANGELISTA, 2016; DIEGO et al., 2016); e conhecimento de cirurgiões sobre a ferramenta (MOTA FILHO et al., 2013).

O estudo sobre adesão ao uso da LVSC e impacto na morbimortalidade dos pacientes foi conduzido em três hospitais públicos de Brasília. Os resultados evidenciaram variabilidade na adesão de alguns itens entre os hospitais observados; apesar disso, a adesão foi considerada satisfatória pelos autores. Em relação à frequência de complicações cirúrgicas, as taxas foram consideradas baixas em ambas as fases (antes da introdução da lista e depois da sua implantação), com destaque para infecção de sítio cirúrgico (2,0%) na fase pré-intervenção, retorno não planejado ao CC (1,4%) e deiscência da ferida (1,1%). Outras complicações (1,0%) incluíram parada cardíaca, intubação não planejada, uso de ventilação mecânica por 48 horas ou mais, pneumonia, sepse, retenção urinária e morte. Na fase pós-intervenção, nenhuma complicação mencionada atingiu 1,0% dos casos (SANTANA et al., 2016).

Destaca-se que neste estudo houve breve menção sobre a implementação da LVSC, mas os autores não forneceram detalhamento sobre o processo, o qual foi caracterizado por treinamento não obrigatório da equipe cirúrgica (cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem) para melhorar o uso da lista nos três hospitais. O treinamento foi realizado por especialistas em cirurgia e vigilância da saúde com

carga horária de 18 horas e fornecimento de materiais técnicos. Este período de formação contou com a participação da equipe cirúrgica, profissionais do serviço de controle de infecção e do gerenciamento de risco e qualidade. Para a implementação da ferramenta, os chefes de serviços assinaram um acordo para formação de pessoal nas instituições (SANTANA et al., 2016).

No estudo de Freitas et al. (2014), os estudiosos analisaram os prontuários de 375 cirurgias e identificaram adesão parcial ao uso da LVSC pela equipe cirúrgica. Conforme já mencionado, os pesquisadores investigaram a problemática da adesão ao uso da lista, mas não os aspectos do processo de implementação. Entretanto, os autores ressaltaram que não basta introduzir a lista, o uso adequado requer esforços para uma abordagem integrada, a qual considere os fatores críticos envolvidos no processo de implementação.

Em relação à opinião da equipe multidisciplinar sobre o uso da lista, os resultados de pesquisa evidenciaram que a equipe percebeu que a utilização dessa ferramenta proporcionou mais segurança no procedimento anestésico cirúrgico. Entretanto, os profissionais de saúde não perceberam mudanças na comunicação interpessoal (PANCIERI et al., 2013). Em estudo similar e recente conduzido com 472 membros da equipe cirúrgica, os resultados demonstraram que, após a implementação da LVSC, houve melhora significativa da percepção da equipe de enfermagem e anestesia sobre segurança e colaboração da equipe em sala cirúrgica. A lista foi considerada de uso fácil e rápido pela maioria dos respondentes (n=399). Especialmente, na equipe de enfermagem, houve melhora nas preocupações com a segurança do paciente e cumprimento das normas. A implementação da lista melhorou a comunicação para 92,7% dos membros da equipe de enfermagem, 87,9% dos anestesistas e 75,6% dos cirurgiões, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Pelo menos 90,0% dos entrevistados de cada equipe concordaram que o uso da lista ajuda na redução de erros (com diferença estatisticamente significativa). Além disso, embora a maioria dos entrevistados concordasse que a utilização da lista ajuda a desenvolver a cultura de segurança cirúrgica na unidade, houve diferenças significativas entre as equipes (96,4% da equipe de enfermagem, 93,9% dos anesthesiologistas e 78,7% dos cirurgiões) (SANTANA; RODRIGUES; EVANGELISTA, 2016).

Em outro estudo, o objetivo delimitado consistiu na construção de instrumento para avaliar a percepção e atitudes dos anestesistas sobre o uso da LVSC. Os

resultados indicaram que o instrumento possuiu adequada consistência interna e estrutura de fatores bem definida. Essa ferramenta pode ser utilizada para mensurar as percepções dos anestesistas sobre a utilidade e aplicabilidade da lista de verificação (DIEGO et al., 2016).

No que tange ao conhecimento dos cirurgiões ortopédicos sobre a LVSC, resultados de estudo desenvolvido durante o Congresso Brasileiro de Ortopedia em 2012 evidenciaram que a maioria (n=328; 65,3%) dos 502 participantes desconhecia total ou parcialmente o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS (MOTA FILHO et al., 2013).

As pesquisas conduzidas no contexto nacional proporcionaram a produção de evidências direcionadas para os aspectos que envolvem o conhecimento, percepção e atitudes da equipe, adesão e impacto da LVSC. Contudo, faz-se oportuno destacar que pouco exploraram sobre o processo de implementação. Além disso, pode existir variabilidade no processo de implementação desta ferramenta pelos serviços de saúde, o que afeta e exerce influência na aceitação e adesão da equipe, no conhecimento sobre a lista e, conseqüentemente, em sua efetividade. Assim, explorar tal aspecto é relevante para nortear os serviços de saúde na incorporação dessa prática no cotidiano para promover a melhoria da assistência cirúrgica e segurança do paciente.

O processo de melhorar a segurança do paciente na prevenção de danos é complexo e desafiador (GALVÃO, 2009). Assim, destaca-se que realizar os cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis consiste nos princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que devem direcionar a prática de enfermeiros que se esmeram em prestar assistência de forma ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor evidência disponível (PEDREIRA, 2009). Diante disso, a segurança do paciente deve ser imperativo ético na conduta da equipe cirúrgica; em especial, do enfermeiro, responsável pelo processo de implantação da LVSC.

A condução de pesquisa para a compreensão do processo de implementação da LVSC no Brasil pode gerar evidências sobre as estratégias e fatores críticos envolvidos na implantação dessa prática, tais como os aspectos facilitadores e as barreiras para sua efetiva utilização. Ademais, pode oferecer subsídios para nortear os enfermeiros no desenvolvimento de estratégias mais adequadas de uso da lista

nos serviços de saúde, melhorar a efetividade, adesão e viabilizar a incorporação abrangente dessa tecnologia, a fim de alcançar melhor resultado em segurança do paciente almejado pela campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas.

Portanto, considerando a importância da assistência cirúrgica no contexto da saúde pública, o reconhecimento do papel do enfermeiro nesse cuidado complexo, a ênfase da OMS na promoção de práticas de segurança cirúrgica por meio do estímulo ao uso da LVSC, a escassez de estudos que abordam a experiência brasileira no processo de implementação dessa ferramenta e a relevância da implantação adequada em prol da segurança do paciente no contexto dos países em desenvolvimento, em especial, do Brasil, o presente estudo foi conduzido.

O presente estudo teve como objetivos gerais:

- analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde;
- analisar o processo de implementação e o uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná.

Os objetivos específicos delimitados foram:

- identificar os benefícios da implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica (paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde), segundo o relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná;
- identificar os facilitadores e barreiras que influenciam o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná.

Para o alcance dos objetivos propostos, a pesquisa foi conduzida em duas fases, a saber: elaboração de revisão integrativa (RI) e estudo conduzido na abordagem metodológica quantitativa com delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo.

3.1 MÉTODO: REVISÃO INTEGRATIVA

A RI é um método de revisão que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências sobre o tópico de interesse, o que permite delimitar o estado atual do conhecimento da temática pesquisada. Também possibilita a identificação de lacunas que podem nortear o desenvolvimento de pesquisas futuras e contribuir para o avanço científico. Trata-se de método de revisão mais amplo, o qual permite a inclusão de estudos com abordagens metodológicas e delineamentos de pesquisa distintos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

No Brasil, o uso desse método de revisão ampliou-se na condução de estudos na área da enfermagem e pode contribuir para a melhoria do cuidado prestado ao paciente e família, além de colaborar com a implementação da Prática Baseada em Evidências (PBE) na enfermagem, encorajando o enfermeiro a incorporar resultados de pesquisa na prática clínica (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

A condução da RI percorreu seis etapas, a saber: elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

3.1.1 Elaboração da questão de pesquisa

A questão de pesquisa estabelecida para a condução da RI foi: Quais são as evidências disponíveis sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde?

A estratégia PICOT foi empregada para a formulação da questão de pesquisa (Quadro 1). Os elementos dessa estratégia são: população/paciente/problema de interesse (P), intervenção ou área de interesse (I), comparação entre intervenção ou grupo (C), desfecho (O) e tempo (T). O uso da estratégia PICOT fornece estrutura para direcionar a busca dos estudos primários nas bases de dados, o que oportuniza a recuperação de pesquisas relevantes para responder à questão de pesquisa (MELNYK et al., 2010).

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Lista de verificação de segurança cirúrgica
I	Intervenção	Processo de implementação
C	Controle ou comparação	-----
O	Desfecho	- Barreiras e facilitadores no processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica; - Benefícios da implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica (paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde) - Segurança do paciente
T	Tempo	Período intraoperatório

Quadro 1 – Estratégia PICOT para a formulação da questão de pesquisa

3.1.2 Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários

Para o cumprimento desta etapa, as seguintes bases de dados foram selecionadas: National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores controlados foram delimitados para cada base de dados selecionada (Medical Subject Headings-

MeSH, CINALH Headings-MH e Descritores em Ciências da Saúde-DeCS) e os descritores não controlados (palavras-chave) foram estabelecidos pelo pesquisador mediante leituras prévias sobre o tema a ser investigado (Quadro 2).

Bases de dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
PubMed (MeSH)	Checklist Checklist/utilization Patient Safety	Checklists Surgical safety checklist Implementation Barriers Facilitators Benefits World Health Organization
CINAHL (MH)	Checklists Checklists/utilization Patient Safety World Health Organization	Checklist Surgical safety checklist Implementation Barriers Facilitators Benefits
LILACS (DeCS)	Lista de checagem Lista de checagem/utilização Segurança do paciente	Checklist Implementação Dificuldades Facilitadores Benefícios

Quadro 2 – Bases de dados selecionadas para a busca dos estudos primários, descritores controlados e não controlados (palavras-chave) delimitados

Para a condução da RI, determinaram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos primários que abordavam sobre o processo de implementação da LVSC da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde, a saber: 1) pesquisas que investigaram estratégias utilizadas para a introdução e/ou otimização do uso da LVSC no período intraoperatório e 2) estudos sobre os facilitadores e as barreiras do processo de implementação da LVSC, publicados em inglês, português e espanhol, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015.

A revisão narrativa/revisão tradicional de literatura, editorial, carta resposta, métodos de revisão (estudos secundários), relato de experiência ou artigos de opinião foram excluídos da amostra da RI.

Na estratégia de busca dos estudos primários, os descritores controlados e não controlados foram combinados de diferentes formas com o auxílio dos operadores booleanos AND e/ou OR (Figuras 1, 2 e 3).

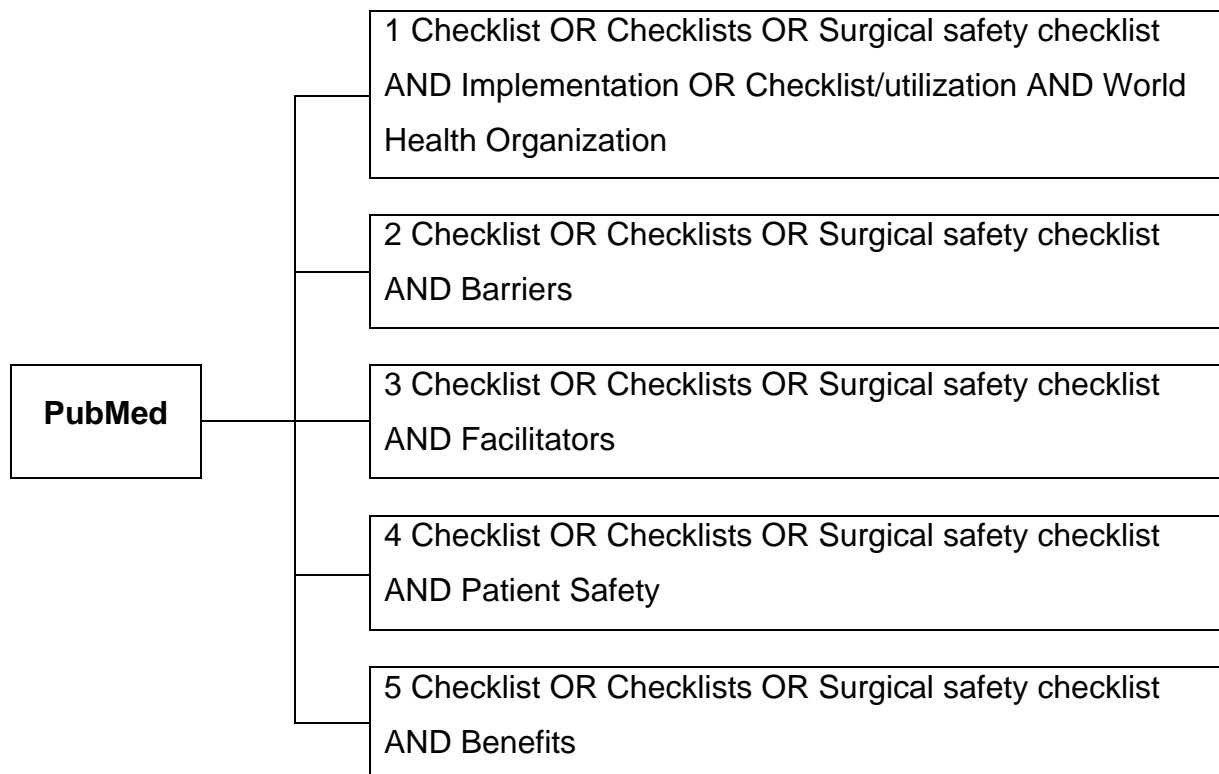


Figura 1 – Estratégia de busca dos estudos primários na base de dados PubMed

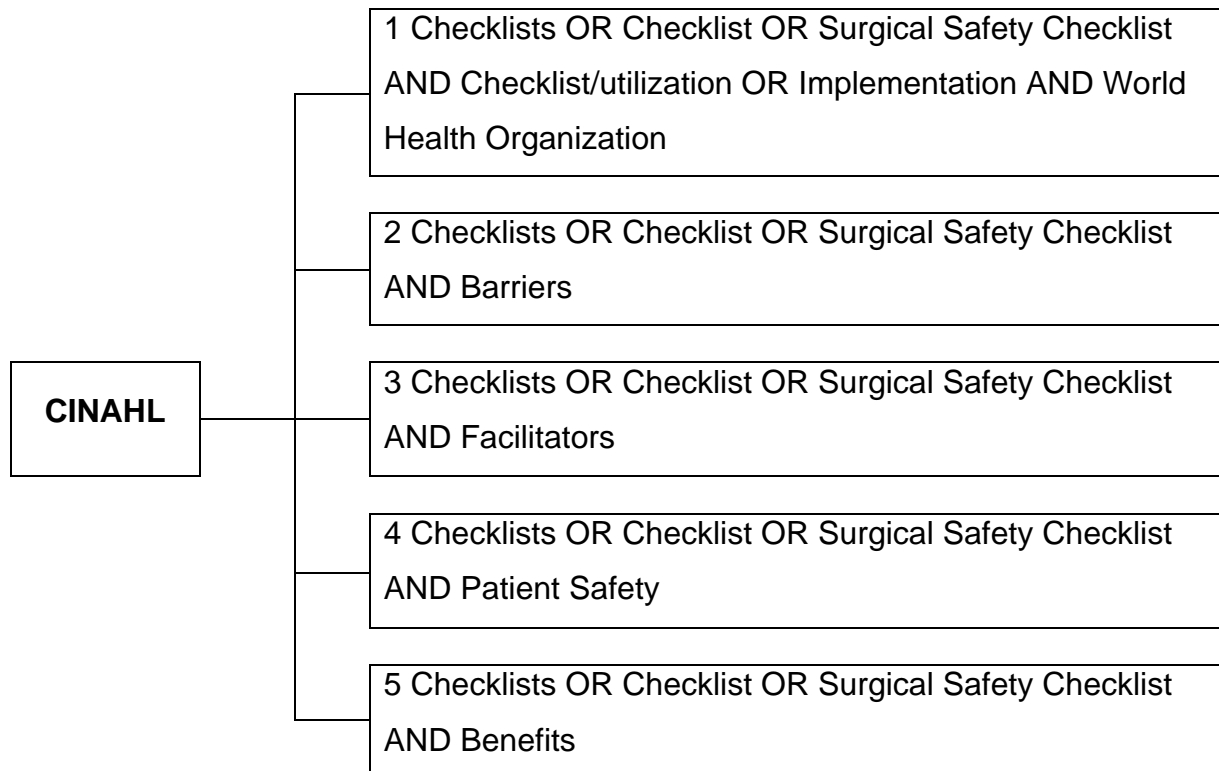


Figura 2 – Estratégia de busca dos estudos primários na base de dados CINAHL

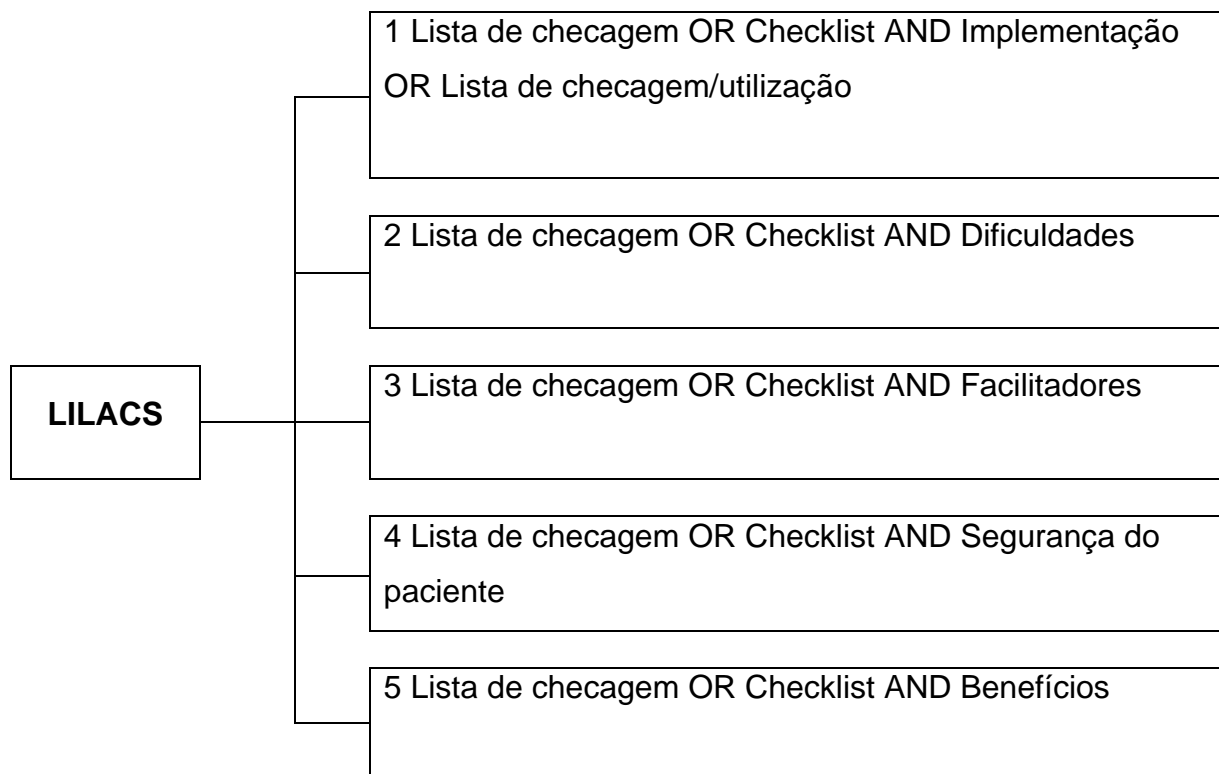


Figura 3 – Estratégia de busca dos estudos primários na base de dados LILACS

A seleção dos estudos primários foi realizada por meio da leitura do título e resumo de cada lista de referências resultante das diferentes estratégias de busca adotadas para cada base de dados (figuras 1, 2 e 3). Os estudos primários que responderam à questão de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão foram lidos na íntegra para definição de inclusão na amostra da RI.

3.1.3 Extração de dados dos estudos primários

A etapa foi executada com o auxílio do instrumento proposto por Ursi (2005). Após a extração dos dados, elaborou-se um quadro síntese para cada estudo primário incluído na RI.

3.1.4 Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão

No quadro síntese elaborado para cada estudo primário incluído na RI, o tipo de delineamento de pesquisa foi mantido quando era descrito pelos autores do estudo. Em caso contrário, a análise da abordagem metodológica e do delineamento de pesquisa foram pautados nos conceitos descritos por Polit e Beck (2012).

A força da evidência dos estudos primários foi classificada segundo Fineout-Overholt e Stillwell (2011). Os autores propõem que, de acordo com a questão clínica do estudo primário, determinada hierarquia de evidências deve ser adotada. Assim, a questão clínica do estudo primário pode ser de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico, e a força da evidência pode ser classificada em sete níveis, sendo o mais forte (nível I) as evidências de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes. Quando a questão clínica é de Prognóstico/Predição ou Etiologia, a força da evidência pode ser classificada em seis níveis, o mais forte (nível I) consiste nas evidências de síntese de estudos de coorte ou de caso-controle.

Com relação à questão clínica sobre Significado, a força da evidência pode ser classificada em seis níveis, sendo o mais forte (nível I), as evidências de metassíntese de estudos qualitativos.

3.1.5 Análise e síntese dos resultados da revisão

A etapa foi realizada na forma descritiva. Conforme já mencionado, a partir da extração de dados, para cada estudo primário incluído na RI elaborou-se um quadro síntese com as seguintes informações: identificação da pesquisa, objetivo(s), detalhamento amostral e metodológico, principais resultados, conclusões e o nível de evidência de acordo com o tipo de questão clínica.

A partir dessa organização, os estudos primários foram agrupados em três categorias, permitindo a comparação das diferenças e semelhanças entre as pesquisas, a saber: a) processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde; b) processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde; e c) facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde.

3.1.6 Apresentação da revisão integrativa

Após a condução de todas as etapas da RI, a síntese do conhecimento sobre a temática investigada (processo de implementação da LVSC nos serviços de saúde) fornece subsídios para a tomada de decisão do enfermeiro sobre prática importante para a segurança do paciente e identifica lacunas do conhecimento para a condução de pesquisas futuras na enfermagem perioperatória.

3.2 DELINEAMENTO DE PESQUISA NÃO EXPERIMENTAL

3.2.1 Tipo de estudo

Na segunda fase da pesquisa, foi conduzido estudo descritivo. O delineamento de pesquisa não experimental é adotado na condução de estudo em que o pesquisador deseja construir o quadro de um fenômeno ou explorar acontecimentos, pessoas ou situações, à medida que ocorrem naturalmente (POLIT; BECK, 2012).

3.2.2 Local

A pesquisa foi realizada nas instituições hospitalares das duas principais cidades que compõem a mesorregião do Norte Central Paranaense, Londrina e Maringá. Para a seleção dos serviços de saúde, o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde foi consultado.

O CNES é a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis ao gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar visibilidade maior ao controle social a ser exercido pela população. Visa disponibilizar informações das condições atuais de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, ou seja, federal, estadual e municipal (BRASIL, 2014).

Em 15 de dezembro de 2014, na fase de elaboração do projeto de pesquisa para o exame de qualificação, verificou-se no cadastro do CNES a existência de 41 hospitais. Na cidade de Maringá, 16 hospitais estavam cadastrados, dez classificados como hospital geral, três especializados e três hospitais-dia. Em relação à natureza do hospital, 13 são privados, dois públicos (um estadual e outro municipal) e um beneficente sem fins lucrativos. Adicionalmente, um hospital especializado também foi considerado, o qual não estava cadastrado no CNES por pertencer a um hospital

geral privado, totalizando 17 hospitais. Dentre esses hospitais, nove participaram, mas oito foram excluídos pelos seguintes motivos: CC desativado em dois hospitais (um geral e o outro hospital-dia), recusa em participar por parte da diretoria/administração em cinco hospitais (dois gerais, dois especializados e um hospital-dia) e um hospital geral privado não tinha unidade de CC (atendimento em psiquiatria) (Figura 4).

Na cidade de Londrina, pelo CNES, 25 hospitais estavam cadastrados, 14 classificados como hospital geral, seis especializados e cinco hospitais-dia. Em relação à natureza do hospital, 16 são privados, quatro públicos (um estadual e três municipais) e cinco beneficentes sem fins lucrativos. Destaca-se que, posteriormente, um hospital especializado beneficente sem fins lucrativos foi adicionado, o qual também não estava cadastrado no CNES, por pertencer a um hospital geral, totalizando 26 hospitais. Dentre esses, 16 hospitais participaram e dez foram excluídos pelos seguintes motivos: CC desativado em um hospital-dia, recusa em participar pela diretoria/administração em cinco hospitais (dois gerais, dois especializados e um hospital-dia), três especializados e um hospital-dia não tinham unidade de CC (atendimento em psiquiatria) (Figura 4).

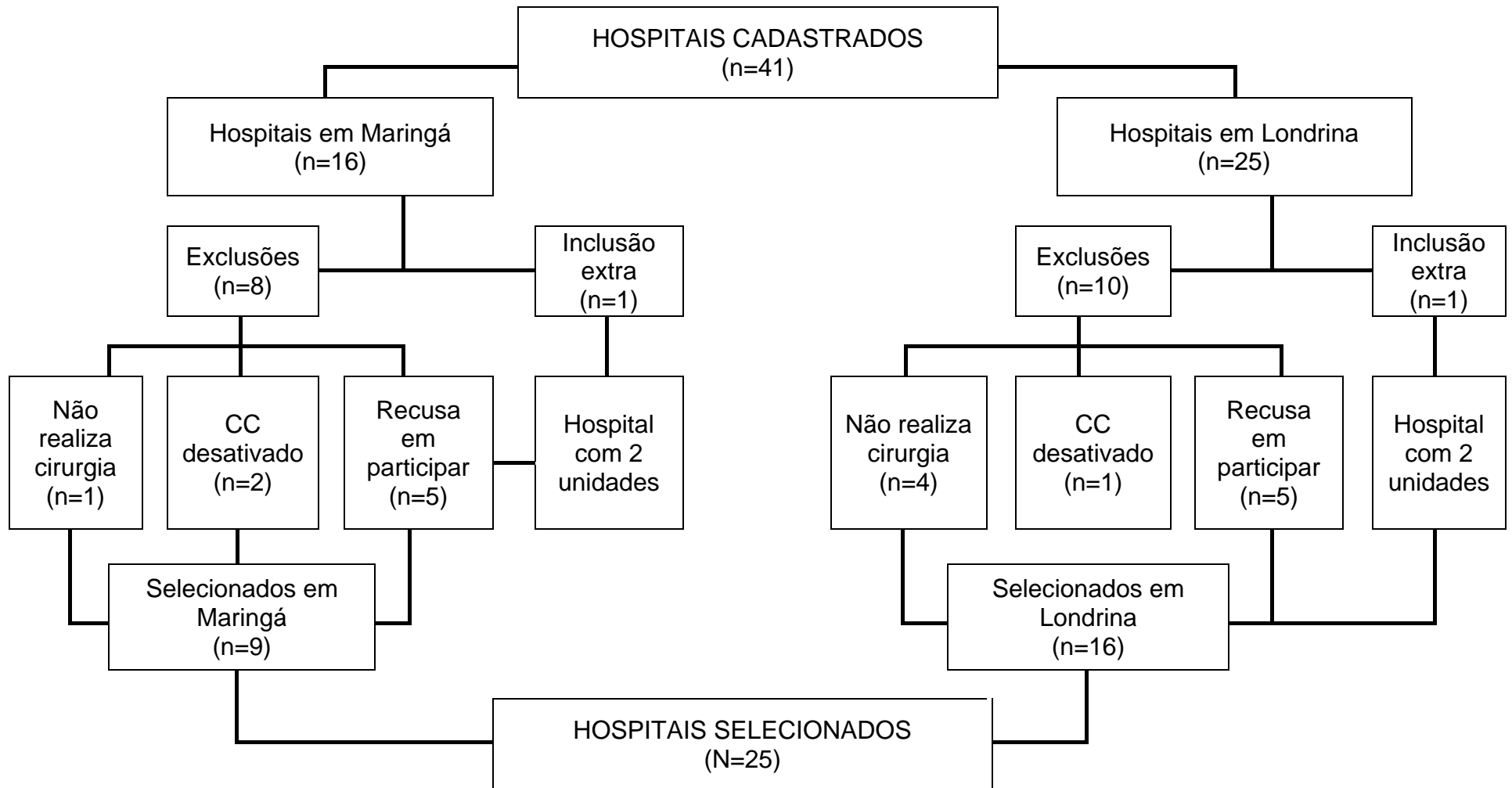


Figura 4 – Fluxograma do número de instituições hospitalares das cidades de Londrina e Maringá (PR)

3.2.3. População e amostra

A população-alvo foram os enfermeiros de ambos os sexos, com atuação na unidade de CC das instituições hospitalares selecionadas para a condução desta fase da pesquisa, a saber: enfermeiro coordenador/chefe da referida unidade ou enfermeiro assistencial/encarregado do setor. Os enfermeiros coordenadores/diretores do hospital ou de outras unidades que não atuavam exclusivamente no CC foram excluídos, além dos profissionais que estivessem cobrindo folga ou férias nesta unidade.

Assim, a população era de 121 enfermeiros atuantes em unidades de CC nos hospitais das cidades de Maringá e Londrina. Em Maringá, a população era de 44 enfermeiros, dos quais 14 foram excluídos, a saber: dois profissionais se recusaram a participar, dois estavam de licença médica, um de licença especial e nove enfermeiros pertencentes aos cinco hospitais que se recusaram a participar. Assim, a amostra foi composta de 30 enfermeiros.

Em Londrina, a população era de 77 enfermeiros, dos quais 16 foram excluídos, a saber: um se recusou a participar, um estava de atestado médico e um de licença maternidade, e 13 eram pertencentes aos cinco hospitais que se recusaram a participar, totalizando 61 enfermeiros na composição da amostra. Diante disso, a amostra do estudo foi composta de 91 enfermeiros atuantes em CC dos hospitais selecionados.

3.2.4. Elaboração e validação aparente e de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram elaborados dois instrumentos pelo pesquisador, com base nas evidências disponíveis sobre o processo de implementação da LVSC.

Os instrumentos foram submetidos à validade de face e de conteúdo por três juízes convidados, sendo dois docentes e um docente/enfermeiro, com atividades de ensino e pesquisa na enfermagem perioperatória, sendo dois pertencentes a cidades distintas daquelas em que os dados foram coletados e um residente em Maringá

(Apêndice A). Os profissionais foram convidados a avaliar os instrumentos de coleta de dados em relação aos itens de cada instrumento (clareza e adequacidade) e se esses representavam o universo do conteúdo estudado (POLIT; BECK, 2012).

A maioria das sugestões realizadas pelos juízes foi acatada pelo pesquisador, sendo elas referentes à formatação dos instrumentos e alguns apontamentos sobre o conteúdo, no que tange à adição e/ou supressão de informações nas questões, para dar mais objetividade, clareza, detalhamento, facilitando a compressão dos instrumentos pelos participantes da pesquisa.

O primeiro instrumento foi respondido pelos enfermeiros dos hospitais onde a LVSC foi implementada e era utilizada. Este instrumento é subdividido em duas seções: a primeira (seção A) é composta pelos dados sociodemográficos dos enfermeiros (oito questões) e dados dos hospitais/unidades de CC (sete questões); a segunda (seção B) contempla os dados sobre o processo de implementação e uso diário da LVSC nos hospitais (16 questões) (Apêndice B).

O segundo instrumento foi respondido pelos enfermeiros dos hospitais em que a LVSC não foi implementada. Também é subdividido em duas seções, sendo a primeira (seção A) idêntica ao instrumento já descrito. A segunda (seção B) contempla os dados sobre o processo de implementação (nove questões) (Apêndice C).

3.2.5 Coleta de dados

O pesquisador realizou contato por telefone com o responsável pelo serviço de enfermagem dos hospitais selecionados, com a finalidade de explicar o propósito do estudo e agendar reunião presencial para apreciação da solicitação e obtenção da anuência para a realização da pesquisa (Apêndice D).

Após autorização dos hospitais, parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e validação de face e de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados pelos juízes, o pesquisador novamente contactou os hospitais, por telefone ou *e-mail*, para obtenção da declaração de concordância da instituição coparticipante com o parecer do CEP e a condução das etapas subsequentes (Apêndice E).

A seguir, reuniões foram agendadas com os enfermeiros atuantes em CC dos hospitais selecionados para explicar o propósito do estudo. Nestas reuniões, após o

participante concordar em participar da pesquisa, o profissional escolheu uma das três opções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados, a saber: a) entrega do instrumento impresso e preenchimento no momento da reunião/visita; b) entrega do instrumento impresso e agendamento de data para devolução (prazo de sete dias com retorno do pesquisador ao hospital); c) envio do instrumento de coleta de dados para o *e-mail* do participante com devolução presencial (prazo de devolução de sete dias desde a data do envio). Destaca-se que a situação (c) ocorreu em apenas um hospital, no qual atuava apenas um enfermeiro.

Nos casos em que a devolução do instrumento preenchido não ocorreu no prazo estabelecido, contato presencial e/ou telefônico foi realizado para reforçar o convite, encorajar o preenchimento e devolução. Este procedimento foi adotado até o recebimento dos instrumentos.

As opções distintas de preenchimento do instrumento de coleta de dados foram delimitadas devido à indisponibilidade de tempo do enfermeiro, advinda da excessiva demanda de atividades inerentes ao profissional que atua em CC, para minimizar a interferência no processo de trabalho e criar oportunidade de participação de um número maior de enfermeiros.

O período da coleta de dados foi aproximadamente de seis meses, a partir do início de dezembro de 2015 até início de maio de 2016.

3.2.6 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica do Microsoft Excel, com a utilização da técnica de dupla digitação de dados. A análise ocorreu por meio do *software* Statistical Package Social Sciences (SPSS).

Os dados foram apresentados de acordo com a natureza das variáveis (quantitativa ou qualitativa). As variáveis qualitativas investigadas foram descritas pela frequência de distribuição dos participantes entre as categorias existentes. As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à medida de posição (média) e dispersão (desvio-padrão). De acordo com Triola (2014), os métodos de estatística descritiva permitem resumir e descrever as características importantes de um conjunto de dados.

3.2.7 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a), com aprovação em sete de outubro de 2015, contido no Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (protocolo CAAE: 48347115.9.0000.5393) (Anexo B).

Após parecer favorável do CEP, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado em duas vias, das quais uma foi entregue aos juízes (Apêndice F) para validação dos instrumentos de coleta de dados. Após a validação e emissão da declaração de concordância com o parecer do CEP pelas instituições coparticipantes, o TCLE foi entregue aos enfermeiros mediante procedimento similar adotado com os juízes (Apêndice G). O sigilo e o anonimato foram garantidos por meio da identificação dos participantes por números.

4.1 RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

A busca nas bases de dados possibilitou a identificação de 1.984 estudos primários potencialmente elegíveis. Na PubMed, foram identificados 1.124 estudos, após aplicação dos critérios de seleção, oito estudos foram excluídos devido à publicação em outros idiomas (quatro em francês, três em alemão e um em japonês); 38 estudos, dentre os quais 14 estudos de revisão narrativa/revisão tradicional de literatura, três editoriais, oito estudos de métodos de revisão, sendo sete de revisão sistemática e um de revisão (síntese realista), três relatos de experiência e dez artigos de opinião/comentário; 1.037 estudos não retratavam o processo de implementação da LVSC, e 15 estudos primários foram excluídos pela repetição na base de dados. Assim, da base de dados PubMed, 26 estudos primários foram incluídos na amostra da RI.

Na CINAHL, foram identificados 808 estudos primários potencialmente elegíveis. Após a aplicação dos critérios de seleção, 64 estudos foram excluídos, dos quais 34 artigos eram de opinião/comentário, 17 relatos de experiência, cinco estudos de métodos de revisão (revisão sistemática), três estudos de revisão narrativa/revisão tradicional de literatura, três editoriais, uma carta ao editor e um estudo publicado somente em formato de resumo em anais de evento; 734 estudos não retratavam o processo de implementação da LVSC; oito estudos estavam repetidos entre as bases e uma pesquisa repetida na base de dados. Assim, somente um estudo primário selecionado na base de dados CINAHL foi incluído na amostra da RI.

Na LILACS, foram identificados 52 estudos primários potencialmente elegíveis. Após a aplicação dos critérios de seleção, 51 estudos foram excluídos porque não retratavam o processo de implementação da LVSC, e um estudo estava repetido entre as bases de dados (Figura 5)

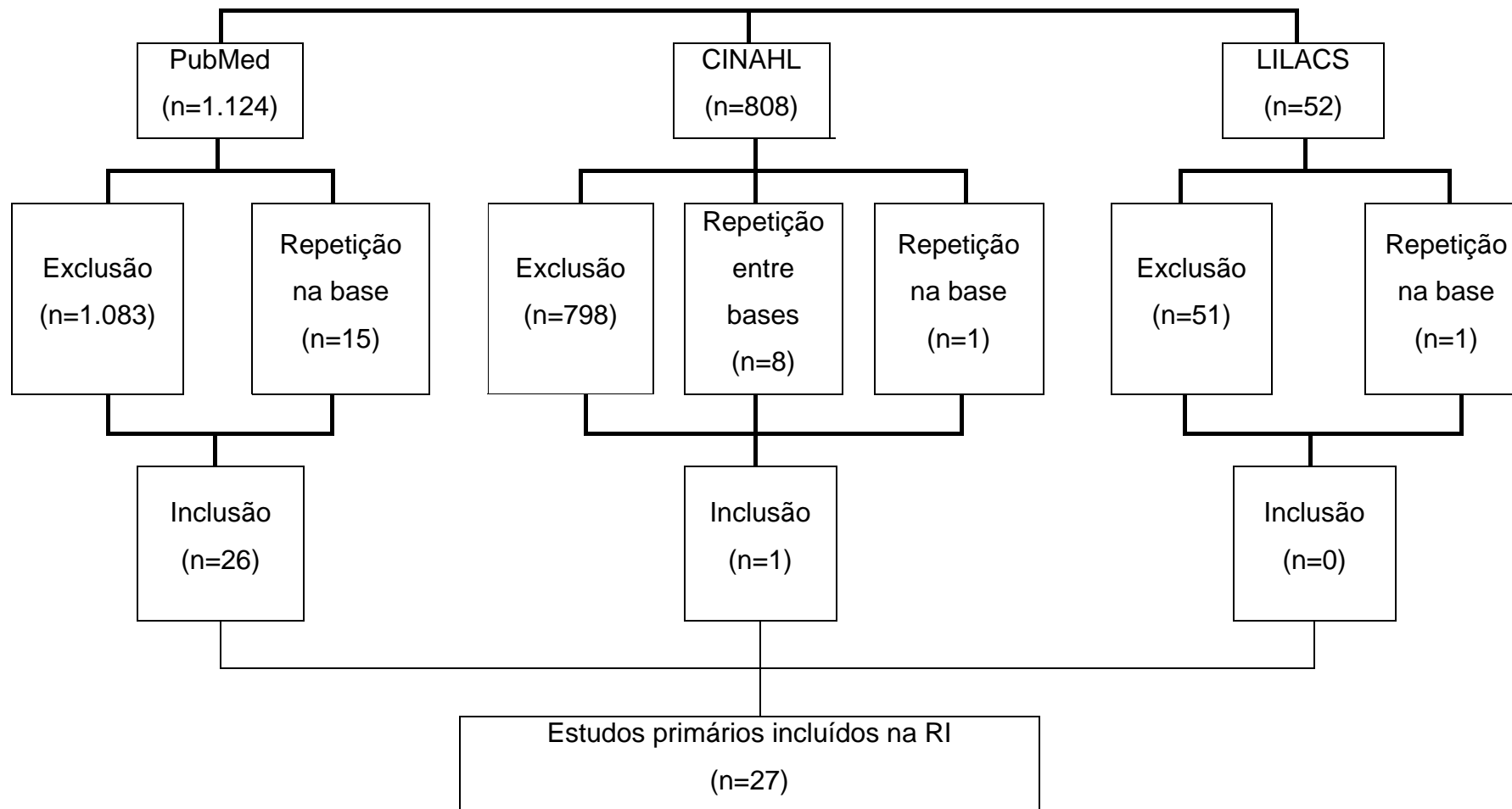


Figura 5 – Fluxograma da busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas

Os 27 estudos primários incluídos na RI foram publicados em 23 diferentes periódicos. Em relação à área temática dos periódicos, houve predomínio da área de Segurança/Segurança do paciente/Qualidade (n=8) e Cirurgia (n=7), sendo que o quantitativo maior foi publicado nos periódicos BMJ Quality and Safety (n=4) e Surgery (n=2).

No que se refere à autoria, em onze estudos primários, o primeiro autor pertencia à especialidade de cirurgia; cinco em anestesiologia; três médicos sem especificação da especialidade; um médico da medicina preventiva; dois autores vinculados ao setor de qualidade do hospital (sem especificação da categoria profissional); dois pesquisadores atuantes no departamento de pesquisa (sem menção da categoria profissional); um enfermeiro; e em duas pesquisas não havia a identificação da área de atuação e categoria profissional.

A maioria dos estudos primários foi publicada no idioma inglês (25; 92,6%) e dois (7,4%) em espanhol. Em relação ao ano de publicação, sete foram publicados em 2015, cinco em 2014, cinco em 2013, oito em 2012 e dois no ano de 2011 (Quadro 3).

Área temática	Periódicos	N	Ano de publicação
Anestesia	Anaesthesia	1	2015
	Canadian Journal of Anaesthesia	1	2013
Cirurgia	Annals of Surgery	1	2015
	Acta Chirurgica Belgica	1	2015
	Surgery	2	2014/2012
	World Journal of Surgery	1	2014
	The American Journal of Surgery	1	2011
	Journal of the American College of Surgeons	1	2012
Segurança/ Segurança do paciente/ Qualidade	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	1	2015
	Journal of Patient Safety	1	2015
	BMJ Quality and Safety	4	2015/2014/2013/

			2012
	Patient Safety in Surgery	1	2013
	International Journal for Quality in Health Care	1	2012
Enfermagem	BMC Nursing	1	2012
	Revista de Enfermería/ROL	1	2012
Prática perioperatória/ Intraoperatória interdisciplinar	Journal of Perioperative Practice	1	2013
	Operating Theatre Journal	1	2015
Outras áreas da Medicina	Archivos Argentinos de Pediatría	1	2012
	Irish Journal of Medical Science	1	2013
	International Orthopaedics	1	2011
	Medicina Clínica	1	2014
	Aviation, Space and Environmental Medicine	1	2012
	Plos One	1	2014

Quadro 3 – Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com a área temática do periódico, nome do periódico, número de artigos e ano de publicação

Os 27 estudos primários incluídos na RI foram agrupados em três categorias: a) processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=15); b) processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=9); e c) facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=3).

A descrição do tipo de estudo foi realizada pelos autores em 14 estudos primários, sendo que em 13 pesquisas a indicação foi definida pautada nos conceitos descritos por Polit e Beck (2012), conforme mencionado anteriormente.

Com relação ao tipo de questão clínica, a maioria dos estudos (n=15) foi classificada com questão clínica de Prognóstico/Predição/Etiologia, sete de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico e cinco de Significado.

A totalidade dos estudos primários (n=15) com questão clínica de Prognóstico/Predição/Etiologia foi classificada no nível IV, ou seja, evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo; nos estudos de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico, quatro pesquisas foram classificadas no nível III (evidências de ensaios clínicos controlados bem delineados sem randomização), duas no nível IV (evidências de estudos de caso-controle e de coorte bem delineados) e uma no nível VI (evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo). Quatro estudos com questão clínica direcionada para Significado foram classificados no nível II (evidências de um único estudo qualitativo) e um no nível de evidência IV (evidências de um único estudo descritivo).

A seguir, apresentam-se os quadros elaborados com a síntese de cada estudo primário por categoria, a saber:

- processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (Quadros 4-18);
- processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (Quadros 19-27);
- facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (Quadros 28-30).

Estudo 1 Título	Implementation of a standardized procedural checklist in a children's hospital
Autor(es)	Avansino, J.R.; Javid, P.; Katz, C.; Drugas, G.; Goldin, A.
Periódico	Am J Surg (The American Journal of Surgery), v. 201, n. 5, p. 660-665.
Ano	2011
Objetivo(s)	Examinar a implementação e sustentabilidade do uso da LVSC e descrever as percepções sobre a sua efetividade pela equipe cirúrgica de hospital pediátrico.
Detalhamento Amostral	Registros da LVSC foram analisados (n=1.493/início) e (n=1463/final), e 190 membros da equipe cirúrgica participaram, sendo 41% cirurgiões, 30% anestesistas ou enfermeiros anestesistas e 29% demais membros da equipe.
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo.</p> <p>A ferramenta da OMS foi revisada e adaptada para a realidade local (cirurgia pediátrica com duração superior a 30 minutos), no hospital pediátrico de Seattle, Estados Unidos da América. Os itens foram adicionados na lista com base na avaliação de eventos adversos ocorridos previamente. Em fevereiro de 2009, realizou-se teste piloto em algumas subespecialidades, e, em julho, houve implementação plena. As estratégias incluíram: fixação de pôster em cada sala de operação, auditoria prospectiva/mensal e divulgação de desempenho para sensibilizar o grupo a aderir, treinamento com vídeo da internet, boletins informativos e sessões educacionais para todas as categorias profissionais envolvidas. Por meio de auditoria, avaliou-se adesão mensal durante 12 meses a partir de julho de 2009; a ferramenta foi considerada preenchida se alguma etapa ou todas fossem checadas. O enfermeiro circulante foi responsável pela checagem verbal e envolvimento de todas as categorias. Após seis meses, a equipe cirúrgica preencheu questionário <i>on-line</i> para avaliar as percepções sobre a efetividade da ferramenta.</p>
Resultados	Houve diferença estatisticamente significativa entre os resultados relativos à adesão ao uso da LVSC, do início do uso da ferramenta e após 12 meses (88% para 94%), adesão média mensal de 92%, com taxas mais

	<p>baixas nos finais de semana e feriados. Os cirurgiões tinham percepção mais positiva do uso da ferramenta em comparação com os enfermeiros e anestesistas. A implementação foi considerada bem-sucedida, e a adesão mais elevada ocorreu com o tempo. Os fatores de sucesso foram o envolvimento desde o início de todas as partes interessadas das subespecialidades, estratégias interativas foram empreendidas desde o início, tais como: pôster nas salas, sessões educacionais, boletins de notícias, reuniões, vídeo de treinamento, presença de líderes comprometidos em incentivar a adesão de seus pares e disponíveis para assegurar o uso, auditoria/<i>feedback</i>, divulgação mensal de desempenho, integração no fluxo de trabalho e cultura da sala cirúrgica. Entretanto, os resultados evidenciaram que, apesar da melhoria na adesão, houve redução nos finais de semana. As barreiras para tal situação podem ser o predomínio de procedimentos de urgência e redução do número de funcionários.</p>
Conclusões/ Recomendações	<p>As estratégias utilizadas na implementação da ferramenta contribuíram para que a adesão elevada ao seu uso pudesse ser otimizada e sustentada ao longo do tempo. As percepções sobre a efetividade da LVSC foram díspares entre as categorias profissionais.</p>
Tipo de Questão Clínica	<p>Prognóstico/Predição/Etiologia</p>
Nível de Evidência	<p>IV</p>

Quadro 4 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 2 Título	Achievements and challenges in implementing the surgical checklist in a pediatric hospital
Autor(es)	Dackiewicz, N.; Viteritti, L.; Marciano, B.; Bailez, M.; Merino, P.; Bortolato, D.; Jaichenko, A.; Seminara R.; Amarilla, A.
Periódico	Arch Argent Pediatr (Archivos Argentinos de pediatría), v. 110, n. 6, p. 503-508.
Ano	2012
Objetivo(s)	Descrever o processo de implementação, as dificuldades encontradas e adesão ao uso da LVSC.
Detalhamento Amostral	Estudo realizado em hospital público de referência da Argentina, Hospital Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, sendo incluídos 387 procedimentos cirúrgicos.
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo. O processo de implementação da LVSC ocorreu em quatro etapas, a saber: 1) diagnóstico situacional (um mês), os dados foram coletados por observação direta sobre práticas de segurança adotadas pela equipe em sala cirúrgica, e as complicações cirúrgicas foram registradas pela análise dos prontuários médicos, acompanhamento do paciente ambulatorial por telefone e relato médico; 2) adaptação e difusão; 3) implementação/introdução em sala cirúrgica; 4) levantamento da adesão com avaliação mensal (do teste piloto até 18 meses).
Resultados	No diagnóstico situacional, verificou-se que dos 11 padrões de segurança a serem adotados pela equipe, três ocorreram de forma insuficiente. Houve indisponibilidade de equipamentos e insumos, 11% dos pacientes (n= 43) apresentaram complicações cirúrgicas pós-operatórias. Na etapa de adaptação e difusão da LVSC, as seguintes ações foram realizadas: apresentação do diagnóstico situacional de cada especialidade (incluindo cirurgiões, anestesistas, instrumentadores, enfermeiros, técnicos de anestesia e infectologistas); apresentação da experiência internacional do uso da ferramenta, com incentivo à participação da equipe cirúrgica em sua adaptação para a realidade local; adaptação propriamente dita; elaboração de manual de instruções sobre a fase de adaptação; apresentação de vídeo da OMS; divulgação de informações por meio

	da intranet do hospital e divulgação visual no CC. Na etapa de introdução (a partir de dezembro de 2009), realizou-se teste piloto (três meses). Para tal empregaram-se estratégias de incentivo para a utilização da lista, bem como a observação do uso dela diariamente; apresentação dos resultados do teste piloto por meio de oficinas de especialidades cirúrgicas com análise de erros e deficiências em registrar dados; informações sobre a utilização obrigatória da ferramenta a partir de uma determinada data; alocação de responsabilidade para a verificação de cada etapa cirúrgica. Os resultados evidenciaram aumento progressivo na adesão de 5% (teste piloto) para 85% (final do estudo).
Conclusões/ Recomendações	O fator-chave do processo de implementação foi percorrer os passos descritos, porque exerceram efeito somatório/cumulativo sobre os participantes, contribuindo para que a equipe cirúrgica se sentisse protagonista da mudança e adquirisse convicção sobre a ferramenta.
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 5 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 3 Título	Implementing a surgical checklist: more than checking a box
Autor(es)	Levy, S.M.; Senter, C.E.; Hawkins, R.B.; Zhao, J.Y.; Doody, K.; Kao, L.S.; Lally, K.P.; Tsao, K.
Periódico	Surgery, v. 152, n. 3, p. 331-336.
Ano	2012
Objetivo(s)	Investigar se o cumprimento da LVSC documentado pela equipe cirúrgica reflete a real implementação desta ferramenta (checagem precisa de todos os itens da lista).
Detalhamento Amostral	<p>142 procedimentos cirúrgicos foram selecionados aleatoriamente para a observação do cumprimento da etapa pré-incisional (<i>time out</i>), contida na LVSC, pela equipe cirúrgica, em hospital infantil do estado do Texas, com exclusão de cirurgia de emergência.</p> <p>Além disso, membros da equipe cirúrgica (n=29), sendo 13 cirurgiões, nove membros da equipe de enfermagem e sete anestesistas responderam questionário sobre a compreensão do processo de checagem da LVSC.</p>
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo observacional (autores) para avaliação do cumprimento do <i>time out</i> pela equipe cirúrgica e estudo descritivo para avaliação da compreensão da equipe cirúrgica sobre o processo de checagem.</p> <p>Um comitê multidisciplinar com 88 membros conduziu o processo de implementação da LVSC adaptada da versão original da OMS. Esse comitê definiu os critérios para a execução de cada etapa e as categorias participantes da checagem. Em 2009, a única estratégia educativa adotada (treinamento) consistiu na apresentação da ferramenta em computador, com material sobre o tema e execução correta. Com exceção da categoria médica, a participação no treinamento das demais categorias foi obrigatória, e o aprendizado da equipe não foi avaliado. Para divulgação e consulta durante a checagem da lista, pôster com informações sobre momento da checagem e participantes necessários foi instalado em cada sala. Para avaliar a fidelidade da implementação da lista (entendida como checagem completa e execução como preconizado), dados sobre o cumprimento da checagem foram coletados com foco na qualidade e preenchimento da checagem,</p>

	participação e atitudes da equipe. Além disso, avaliou-se a percepção e compreensão da equipe nesse processo.
Resultados	Em nenhum dos casos observados (n=142) a LVSC foi completamente checada. Embora a ferramenta completa seja preenchida eletronicamente em 100% dos casos, na observação direta o cumprimento efetivo da checagem dos itens individualizados foi expressivamente menor, por exemplo: a etapa <i>time out</i> (pausa cirúrgica) foi efetuada em 97% dos casos, mas somente em quatro destes mais do que sete itens do <i>time out</i> (total de 13 itens) foram checados. Os itens mais frequentemente checados foram referentes à confirmação da identificação do paciente e procedimento, com 99%, e os demais itens foram preenchidos, aproximadamente, em até 60% dos casos. Por meio da obtenção de informações sobre a compreensão da equipe sobre o processo de checagem e observação direta, os autores mencionaram como barreiras a falta de compreensão sobre os itens e momento adequado para a checagem deles; ausência de clareza sobre o papel de cada categoria profissional na checagem e de processo educacional permanente; a possibilidade de médicos não terem recebido orientação; informações do pôster (sem o passo a passo da execução e indicação dos responsáveis pela checagem) e a lista não ser adaptada para cirurgia pediátrica. Embora a estratégia de educação fosse insuficiente para capacitar a equipe, o módulo contribuiu para descrever os componentes, execução correta e papéis da equipe. A avaliação precisa do uso, ou seja, verificar a fidelidade é fundamental na implementação.
Conclusões/ Recomendações	Os autores concluíram falta de fidelidade no uso diário da LVSC e relacionaram esse resultado às estratégias adotadas para a implementação desta ferramenta.
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 6 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 4 Título	How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals
Autor(es)	Healy, J.M.
Periódico	Int J Qual Health Care (International Journal for Quality in Health Care), v. 24, n. 1, p. 88-94.
Ano	2012
Objetivo(s)	Analisar as estratégias utilizadas por líderes de hospitais para incorporar e otimizar o uso de versão simplificada da LVSC.
Detalhamento Amostral	Os participantes foram 72 líderes do protocolo de cirurgia segura de 20 hospitais das capitais estaduais australianas, a maioria de ensino, selecionados por serem os promotores do protocolo, a saber: gestores dos departamentos de saúde/hospitais/agências (n=25), profissionais de segurança/qualidade (n=20), cirurgiões (n=14), enfermeiros (n=8) e outros profissionais (n=5).
Detalhamento Metodológico	Estudo qualitativo, etnográfico (autor). Em 2004, o Ministério da Saúde convocou os hospitais para utilizarem cinco passos da cirurgia segura, com a expectativa de que esses aderissem prontamente. A maioria dos estados implementou a versão simplificada da LVSC somente em 2010. Em 2011, o Ministério da Saúde convocou, por meio de ação judicial, os hospitais para a implantação da ferramenta. Para a coleta de dados, questionário semiestruturado foi elaborado com os seguintes tópicos: política para o uso da ferramenta, estratégias de implementação, visão dos profissionais, contexto/práticas de uso adotadas e adesão. A coleta de dados ocorreu entre 2007 a 2008 por meio de entrevistas e foram registradas para a análise temática.
Resultados	As ações implementadas pelos líderes foram denominadas de estratégias de apoio/incentivo e estratégias de sanções. Em geral, inicialmente, os líderes adotaram estratégias de apoio/incentivo na expectativa de que os profissionais voluntariamente adotassem as práticas de segurança para o paciente. As ações de apoio foram persuasão/consulta ampla aos envolvidos, alistar outros líderes, educação da equipe, lembretes à equipe, modificação do protocolo, redefinição do fluxo de trabalho para integrar a ferramenta e recompensa à equipe

	pela adesão. Posteriormente, diante da baixa adesão ao uso da ferramenta, muitos líderes adotaram estratégias de sanções crescentes, caracterizadas por comunicados categóricos e repreensões direcionadas a determinados membros ou toda a equipe por baixa/resistência na adesão, delegação de autoridade para determinados membros da equipe, relatos de eventos adversos e progressos obtidos, monitorização da prática de uso, observação <i>in loco</i> , divulgação pública de desempenho e penalizações.
Conclusões/ Recomendações	De acordo com os autores, a implementação e uso da LVSC podem ser considerados problema múltiplo que requer ações de regulação empreendidas gradualmente. Os líderes do hospital revelaram a utilização de estratégias de apoio e sanções que melhoraram a adesão ao longo de três anos. As experiências revelaram a difícil tarefa de implementar mudanças em procedimentos clínicos e comportamentais da equipe e ofereceu lições para a incorporação futura de soluções em prol da segurança do paciente.
Tipo de Questão Clínica	Significado
Nível de Evidência	II

Quadro 7 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 5 Título	Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room
Autor(es)	Waehle, H.V.; Haugen, A.S.; Softeland, E.; Hjälmhult, E.
Periódico	BMC Nurs (BMC Nursing), v. 11, n. 16, p. 1-10.
Ano	2012
Objetivo(s)	Explorar os desafios e estratégias para a execução da LVSC de acordo com a experiência de enfermeiros.
Detalhamento Amostral	Amostra intencional, composta por 14 enfermeiros (enfermeiros anestesistas e da sala cirúrgica), coordenadores da checagem, em hospital de ensino terciário da região ocidental da Noruega.
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo qualitativo. Teoria Fundamentada nos Dados (autores).</p> <p>Em 2009, a versão da LVSC foi implementada em todos hospitais pela Autoridade Regional de Saúde da Noruega Ocidental. Neste hospital, entre 2009 a 2011, a ferramenta foi introduzida. Nos três meses iniciais, o conteúdo foi revisado duas vezes, mediante <i>feedback</i> da equipe. A execução seguiu o manual da OMS, e coordenadores para a checagem (exclusivo da enfermagem) foram nomeados, a saber: enfermeiro anestesista (<i>sign in</i>) e da sala cirúrgica (<i>time out/sign out</i>). Após a introdução, durante quatro meses, observações, entrevistas e grupo focal (quatro encontros) foram realizados com os enfermeiros. O primeiro grupo focal foi baseado em observações prévias realizadas em sala cirúrgica, sendo os resultados analisados e um enfermeiro tendo participado da validação do processo da Teoria Fundamentada nos Dados. Os demais grupos focais foram realizados sobre barreiras, motivadores, desafios e processos adaptativos para o uso da ferramenta. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas antes do encontro seguinte.</p>
Resultados	Na análise dos dados, três categorias temáticas foram identificadas: i. Distanciamento da equipe: a estratégia adotada foi atitude passiva com checagem silenciosa, posicionando-se de forma invisível para reduzir a atmosfera negativa na sala, o que tornou a checagem inadequada e aleatória. Os participantes relataram como barreiras a incerteza e falta de consenso sobre quando, onde, em quais situações e em que tipo de cirurgia

	deveria ser utilizada a lista, bem como resistência da equipe, que ridicularizava ou ignorava a ferramenta; ii. Moderado envolvimento: estratégia pragmática que envolveu seletivamente alguns membros da equipe com ações sutis: verbalização de algumas questões específicas sobre o paciente e processo, demais informações úteis não foram verbalizadas, e o tempo foi considerado barreira; iii. Engajamento: liderança ativa e controle foram exercidos, bem como a exigência de atenção da equipe na checagem verbal (traziam o cirurgião para a sala, escondiam o bisturi até checagem do <i>time out</i>), com isso obtiveram uso efetivo e envolvimento interdisciplinar, mesmo com certa resistência.
Conclusões/ Recomendações	Houve compromisso dos enfermeiros com a checagem, mas, para aceitação e envolvimento social/profissional da equipe, ajustaram a checagem às condições práticas e sociais, resultando em incompleta utilização. A implementação requer apoio da gestão e educação, pois somente uma solução técnica pode ser simplista e não resolutiva para uma questão que é adaptativa e cultural.
Tipo de Questão Clínica	Significado
Nível de Evidência	II

Quadro 8 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 6 Título	Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist
Autor(es)	Bliss, L.A.; Ross-Richardson, C.B.; Sanzari, L.J.; Shapiro, D.S.; Lukianoff, A.E.; Bernstein, B.A.; Ellner, S.J.
Periódico	J Am Coll Surg (Journal of the American College of Surgeons), v. 215, n. 6, p. 766-776.
Ano	2012
Objetivo(s)	Introduzir a LVSC, mensurar a adesão e comparar seu efeito na taxa de complicações antes e depois (série histórica).
Detalhamento Amostral	Para as observações, 73 casos cirúrgicos foram selecionados entre dezembro de 2010 e março de 2011. Casos elegíveis foram procedimentos eletivos de risco alto, sendo que lesões traumáticas, transplantes e pacientes menores de 18 anos foram excluídos. No cálculo amostral 150 casos seriam necessários, mas, pela indisponibilidade dos observadores, restringiu-se o tamanho da amostra. O grupo controle histórico (n=2.079) incluiu todos os casos cadastrados na base de dados do Programa Nacional de Melhoria de Qualidade Cirúrgica que satisfizessem os critérios de inclusão e fossem realizados antes da primeira sessão de treinamento, entre janeiro de 2007 e junho de 2010. Um grupo controle contemporâneo (n=246) incluiu todos os casos cirúrgicos realizados no mesmo período de coleta de dados pelos observadores.
Detalhamento Metodológico	Estudo de coorte prospectivo com controle histórico (autores). A equipe cirúrgica participou de programa de treinamento (três sessões com duração de 60 minutos), conduzido pela equipe de liderança da implementação da LVSC de hospital de ensino. As sessões foram baseadas no texto "Conversas cruciais: ferramentas para comunicar-se quando a aposta é alta", orientações para o uso da ferramenta e discussão sobre barreiras. Os subtemas abordados foram: "Obtendo o que você quer: comunicação para conquistar o que você precisa", "quando as coisas ficam difíceis: como alcançar um resultado positivo", "introversão e extroversão", "criação de significado compartilhado", "incentivo ao diálogo entre todos" e "como evitar comportamentos obstrutivos, silêncio e violência". Após a primeira sessão, a LVSC

	foi introduzida em 73 casos cirúrgicos. Os observadores coletaram dados sobre adesão, eventos que comprometeram a segurança do paciente, morbidade e mortalidade dos pacientes.
Resultados	Apesar do treinamento limitado, a adesão global ao uso da ferramenta foi de 97,26%, com variação entre 24,7% a 100% no preenchimento de itens. Houve redução significativa na ocorrência de morbidade pós-operatória. Nos casos-controles históricos, a taxa de morbidade pós-operatória foi de 23,6%, nos casos sem o uso da ferramenta 15,9% e 8,2% com o emprego da lista precedida de treinamento educacional. Nos 73 casos cirúrgicos, observou-se a ocorrência de 511 eventos que prejudicaram a segurança, com destaque para falha de comunicação. Nas sessões de treinamento, houve pouca representação de cirurgiões e anestesistas.
Conclusões/ Recomendações	O uso abrangente da ferramenta e implementação de programa educacional estruturado produziu diminuição significativa na morbidade. Intervenção de custo baixo pode produzir benefícios mensuráveis para o paciente, satisfação do mesmo e redução de custos hospitalares.
Tipo de Questão Clínica	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico
Nível de Evidência	IV

Quadro 9 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 7 Título	Patient safety in the operating room. Checklist implementation of general surgery
Autor(es)	Vicente, M.C.; Cebrián, C.M.; Gómez, M.C.; Casanova, M.T.F.
Periódico	Rev Enferm (Revista de Enfermería/ROL), v. 35, n. 5, p. 342-350.
Ano	2012
Objetivo(s)	Descrever o planejamento para a implementação da LVSC e realizar avaliação preliminar da experiência dos enfermeiros neste processo.
Detalhamento Amostral	Casos cirúrgicos foram observados, 20 procedimentos durante dez dias após a implementação da LVSC, no Hospital Universitário Virgen de las Nieves, Granada, Espanha. Enfermeiros participaram das entrevistas grupais (nº não informado) e grupo de consenso (n=4). Critérios de inclusão consistiu na participação prévia no processo educativo e implementação em sala cirúrgica.
Detalhamento Metodológico	Estudo qualitativo. O processo de implementação ocorreu entre maio/2010 e maio/2011, conduzido por enfermeiros em cooperação com demais membros da equipe cirúrgica, e abrangeu: fase estratégica/planejamento para planejar a implementação, fornecer recursos organizacionais e identificar necessidades educativas da equipe; fase de implementação/aplicação, em que houve processo educativo sobre os objetivos, método e experiências no uso da ferramenta (realizado várias vezes para possibilitar maior participação da equipe), adaptação para melhor integração, atribuição de responsabilidade na checagem (enfermeiro circulante), determinação do formulário (em programa de computador) e treinamento <i>in loco</i> ; na fase de avaliação, o objetivo delimitado foi conhecer a percepção e dificuldades de enfermeiros nesse processo. Para a coleta de dados, houve observação, entrevistas grupais e grupo de consenso para triangulação dos resultados. Na análise temática, os dados foram categorizados.
Resultados	Neste estudo, a ferramenta foi aplicada em 68% de cirurgias eletivas e 30% de urgência. Na análise temática, os benefícios percebidos pelos enfermeiros foram: promoção da segurança dos pacientes devido à melhor

	<p>identificação deles e das amostras, detecção de alergias e contagem cirúrgica; a ferramenta possibilitou a padronização de atividades que já realizavam, mas não registravam, dando notoriedade ao trabalho. Os participantes consideraram que a abordagem educativa efetiva contribuiu para a percepção positiva do valor da ferramenta. Em relação às dificuldades, os enfermeiros relataram resistência de outras categorias profissionais e rejeição inicial sobre o registro eletrônico, por acreditarem que iria sobrecarregar o trabalho. Para superar as dificuldades, os participantes sugeriram medidas relativas à equipe, liderança, planejamento, processo de trabalho e inerentes à própria ferramenta. A perseverança, motivação e envolvimento dos enfermeiros no trabalho em equipe possibilitaram a implantação da LVSC.</p>
Conclusões/ Recomendações	<p>Toda inovação requer preparação, adaptação de recursos, formação, consenso, avaliação periódica de uso e de efetividade e esforços para manutenção ao longo do tempo. A participação ativa de enfermeiros revelou a cultura de enfermagem em prol da segurança dos pacientes. Constatou-se a importância do trabalho em equipe nesse processo, pois só é viável se houver uma cultura de mudança, inovação e segurança.</p>
Tipo de Questão Clínica	Significado
Nível de Evidência	II

Quadro 10 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 8 Título	A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist
Autor(es)	Hannam, J. A.; Glass, L.; Kwon, J.; Windsor, J.; Stapelberg, F.; Callaghan, K.; Merry, A. F.; Mitchell, S.J.
Periódico	BMJ Qual Saf (BMJ Quality and Safety), v. 22, n. 11, p. 940-947.
Ano	2013
Objetivo(s)	Comparar a adesão à LVSC, com a utilização de diferentes estratégias para introduzi-la em dois hospitais da Nova Zelândia.
Detalhamento Amostral	Dados foram coletados por meio de observação direta de procedimentos cirúrgicos (n=100) em cada hospital, totalizando-se 200 procedimentos, entre novembro de 2011 a janeiro de 2012.
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo observacional prospectivo (autores).</p> <p>O hospital A participou do estudo piloto da OMS, e o hospital B, similar em tamanho e atividades, não participou do piloto, ambos terciários e de ensino. No hospital A, o processo de implementação da LVSC ocorreu por meio de estratégia que combinou seminários interativos e material impresso. O circulante de sala foi responsável por iniciar e garantir a checagem na sala cirúrgica. Na instituição de saúde, esforços continuados foram empreendidos para estabelecer e sustentar a adesão, e a equipe cirúrgica estava ciente das observações no local. A implementação no hospital B ocorreu em 2010, processo conduzido pela comissão de qualidade e segurança cirúrgica do serviço. A ferramenta foi integrada ao <i>time-out</i> (pausa cirúrgica) existente, cada etapa da checagem era conduzida por uma categoria profissional e promovida por meio de seminários de educação sem auditoria. Ambos os hospitais adaptaram a ferramenta localmente. A coleta de dados foi por observação direta e, posteriormente, mensurou-se a adesão.</p>
Resultados	A adesão global ao uso da lista foi diferente entre os hospitais, as taxas maiores foram observadas no hospital A. Segundo os autores, essa diferença pode ter sido em decorrência do método utilizado na implementação. No hospital A, houve engajamento da equipe local, seminários de formação com ênfase nos objetivos da

	ferramenta e conduzidos pela equipe da OMS, divulgação de material impresso sobre a execução correta, práticas de auditoria periódica, presença de enfermeiro (membro do estudo piloto da OMS), envolvimento de líderes, discussão em campo, <i>feedback</i> e fórum de discussão. No hospital B, a estratégia utilizada parece ter sido insuficiente para fomentar a compreensão da ferramenta como estímulo à comunicação e trabalho em equipe. Em ambos, observou-se adesão baixa ao <i>sign out</i> (saída), especialmente no hospital A, isso ocorreu mesmo após <i>feedback</i> e fórum de discussão para identificar possíveis soluções. No hospital B, observou-se engajamento melhor de duas ou mais categorias durante a checagem, que pode ter sido decorrente da estratégia de atribuição de responsabilidade estabelecida para checagem entre as três categorias profissionais.
Conclusões/ Recomendações	Os resultados evidenciaram diferença na adesão à LVSC entre os hospitais, com taxa de adesão mais elevada no hospital A, o que pode ser atribuído às distintas estratégias de implementação adotadas em cada hospital.
Tipo de Questão Clínica	Estudo de Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 11 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 9 Título	Surgical safety checklist: implementation in an ambulatory surgical facility
Autor(es)	Morgan, P.J.; Cunningham, L.; Mitra, S.; Wong, N.; Wu, W.; Noguera, V.; Li, M.; Semple, J.
Periódico	Can J Anesth (Canadian Journal of Anaesthesia), v. 60, n. 6, p. 528-538.
Ano	2013
Objetivo(s)	Adicionar itens específicos ambulatoriais na LVSC; introduzir a versão modificada em CC ambulatorial; determinar se os resultados pós-operatórios relativos à dor e náuseas/vômitos melhoraram nos pacientes após a implementação da ferramenta.
Detalhamento Amostral	O tamanho amostral foi calculado em 160 por grupo. Amostra aleatória na fase pré-implementação (n=180) e pós-implementação (n=195).
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa quase experimental, grupo único antes e depois.</p> <p>Em hospital do Canadá, para o processo de implementação da LVSC, inicialmente, formou-se comitê com representantes de todas as disciplinas perioperatórias, administração e residentes em anestesia, com os seguintes objetivos: i. definir itens específicos para inclusão na LVSC que refletissem em resultados positivos para os pacientes, em CC ambulatorial; ii. determinar como a ferramenta seria implementada. A versão canadense (com 59 itens) foi adaptada. A literatura foi consultada para definir itens com potencial para melhorar a morbidade pós-operatória e foram apresentados ao comitê para discussão. Por consenso, sete itens foram incluídos. As estratégias para introdução da LVSC foram: sessão de educação multidisciplinar, cópia disponibilizada nas salas com descrição dos novos itens no verso, definição de responsabilidade pela checagem (três categorias profissionais) e adaptação (três semanas). A adesão (observação direta) e os resultados pós-operatórios foram mensurados, antes e depois da implementação.</p>
Resultados	Após a utilização da versão modificada, não houve melhora nos resultados para o paciente (dor e náuseas/vômitos no pós-operatório). Durante as observações, a verbalização de itens específicos ambulatoriais ocorreu em apenas 10% dos casos, o que poderia explicar os resultados obtidos. Apesar de

	tentativas para informar todas as partes interessadas do processo e a relevância do uso da LVSC, a falta de melhoria sugere que a ferramenta não foi implementada de forma efetiva. Para tal, os usuários devem valorizar/acreditar no seu potencial. Os autores apontaram algumas barreiras: crença de que o uso da ferramenta é uma exigência institucional (como foi o caso), falta de esclarecimento sobre o objetivo/benefícios/filosofia da lista, quantidade excessiva de itens de checagem, ausência de teste piloto para identificar os itens inconsistentes e barreiras que permitiriam a adoção de intervenção/adequações precoces.
Conclusões/ Recomendações	A LVSC adaptada para cirurgia ambulatorial não foi efetivamente implementada, especificamente os itens adicionados para melhorar os resultados pós-operatórios (dor e náuseas/vômitos). Os autores sugerem que abordar os aspectos pós-operatórios por meio da LVSC pode não ser a melhor estratégia.
Tipo de Questão Clínica	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico
Nível de Evidência	III

Quadro 12 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 10 Título	The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety
Autor(es)	Nugent, E.; Hseino, H.; Ryan, K.; Traynor, O.; Neary, P.; Keane, F.B.V.
Periódico	Ir J Med Sci (Irish Journal of Medical Science), v. 182, n. 2, p. 171-176.
Ano	2013
Objetivo(s)	Verificar como ocorreu a implementação da LVSC; identificar se o uso da ferramenta promoveu ambiente cirúrgico mais seguro; identificar os problemas associados com a introdução e execução diária.
Detalhamento Amostral	Todos os hospitais da Irlanda com salas cirúrgicas foram identificados (n=61), 41 participaram (taxa de resposta de 67%). Os respondentes (participantes) foram um membro da equipe cirúrgica ou gerente de cada local.
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo. Os pesquisadores elaboraram questionário semiestruturado (20 questões) no formato <i>on-line</i> e impresso para a coleta de dados. Os participantes receberam instruções para o preenchimento <i>on-line</i> , além da entrega de cópia impressa. Os dados foram analisados quantitativamente.
Resultados	Em relação ao processo de implementação da LVSC, 78% dos participantes responderam que ela estava em uso e que houve política específica para a sua implementação. A política estava em vigor por período médio de 20 meses. Sobre o <i>design</i> da lista, 85% dos respondentes indicaram o uso de versão modificada da ferramenta da OMS (sem conter os 19 itens), e 15% a versão original. Nenhum serviço adicionou itens na versão modificada. Em relação ao formato, 73% dos participantes apontaram o formato impresso, e 12% o eletrônico. Segundo os respondentes, o processo educativo contou com a participação de 97% dos membros da equipe de enfermagem e 60% dos membros da equipe médica. A abordagem educativa variou entre os hospitais, sendo que a maioria foi conduzida por enfermeiro recrutado para essa função. Houve consenso (97%) de que o treinamento deveria ser obrigatório para toda a equipe cirúrgica, e 84% dos participantes consideraram que a educação permanente seria necessária. As sugestões frequentes para aprimorar o

	<p>processo educativo foram assistir vídeos sobre como usar a lista, simulações de como executar o processo, discussão multidisciplinar e auditoria. A educação foi considerada elemento-chave da implementação. Em relação ao uso diário, 49% dos participantes indicaram a existência de um coordenador para checagem, dos quais 95% eram da equipe de enfermagem e apenas 5% da médica. De acordo com os participantes, 9% informaram que, na sua instituição, todas as atividades são interrompidas para realizar as três etapas (entrada, pausa cirúrgica e saída). Para 34%, em sua instituição, não houve pausa para realizar a checagem em nenhuma das etapas, e para 88% dos participantes a checagem é realizada verbalmente. A auditoria foi realizada em 6% dos hospitais com avaliação de impacto sobre a morbidade e mortalidade. Os benefícios relatados incluíram a melhoria da cultura de segurança e a segurança do paciente, entretanto os resultados não apontaram a melhoria na comunicação da equipe.</p>
Conclusões/ Recomendações	<p>Embora a Irlanda seja um país que endossou o uso da LVSC, esta não foi implementada em todas as salas cirúrgicas. Nos locais onde foi introduzida, mudança positiva foi percebida na cultura de segurança e segurança do paciente. Os autores sugerem que para a introdução/otimização dessa ferramenta são necessárias mudanças no processo de trabalho, comportamento da equipe, educação, apoio da gestão, trabalho em equipe/comunicação e auditoria.</p>
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 13 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 11 Título	Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: a qualitative study
Autor(es)	Gagliardi, A.R.; Straus, S.E.; Shojania, K.G.; Urbac, D.R.
Periódico	Plos One, v. 9, n. 9, p. 1-8.
Ano	2014
Objetivo(s)	Explorar como a adaptação, implementação, integração, monitoramento, demais processos e fatores individuais e de equipe influenciam a adesão ao uso da LVSC.
Detalhamento Amostral	Amostragem intencional, 51 membros da equipe cirúrgica participaram por meio de entrevista, a saber: 29 enfermeiros, 13 cirurgiões e nove anestesiologistas; são atuantes em hospitais de pequeno porte (n=18), grande porte (n=14), de ensino (n=19), localizados em oito províncias do Canadá.
Detalhamento Metodológico	Estudo qualitativo, Teoria Fundamentada nos Dados (autores). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas por telefone, entre janeiro e agosto de 2011. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise temática. A estrutura conceitual de fidelidade na implementação da lista (avalia se o programa é utilizado como pretendido) foi utilizada para interpretação dos resultados, em relação aos seguintes domínios: diferenciação (estratégias conhecidas e essenciais são mantidas para obtenção do resultado esperado), facilitação (intervenções/formação para promover e apoiar adesão), qualidade de uso (uso fidedigno conforme o planejado), capacidade de resposta (nível de envolvimento por acreditar ser relevante) e complexidade (desafios para aderir).
Resultados	Em relação ao domínio diferenciação , houve modificação da ferramenta, uma ou mais versões foram elaboradas com definição de responsabilidade pela checagem, em formato impresso em folha, cartão laminado ou cartaz; domínio facilitação , os hospitais providenciaram poucos recursos para implementação da lista, equipe foi informada por <i>e-mail</i> , enfermeiros responsáveis pelo planejamento relataram pouco tempo para preparar e testar, pouco envolvimento de liderança hospitalar, treinamento, acompanhamento

	(mensal/anual/observação direta) e <i>feedback</i> (alguns informavam/discutiam individualmente), estas ações são necessárias para superar os desafios associados aos demais domínios. No domínio qualidade de uso , para a maioria, a checagem foi imprecisa e documentação incompleta, sem interação multidisciplinar, membros ausentes ou sem prestar atenção. No domínio capacidade de resposta , o compromisso/envolvimento com a implementação/uso da ferramenta pela equipe não foi ideal, ausência de percepção positiva sobre a importância e efetividade da ferramenta, e os participantes atribuíram tal situação à implementação imposta pela administração. No domínio complexidade , houve o relato de barreiras individuais, organizacionais e de equipe.
Conclusões/ Recomendações	Diferentes fatores e processos influenciaram a adesão e utilização inadequada da LVSC. O planejamento e avaliação poderiam ser guiados pelos domínios da estrutura conceitual de fidelidade na implementação da lista, comprovadamente útil para avaliar os fatores contextuais que comprometem o uso correto.
Tipo de Questão Clínica	Significado
Nível de Evidência	II

Quadro 14 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 12 Título	A surgical safety checklist implementation: experience of a start-up phase of a collaborative project in hospitals of Catalonia, Spain
Autor(es)	Secanell, M.; Orrego, C.; Vila, M.; Vallverdú, H.; Mora, N.; Oller, A.; Bañeres, J.; Grupo CIRSEG.
Periódico	Med Clin (Barc) (Medicina Clínica), v. 143, n. 1, p. 17-24.
Ano	2014
Objetivo(s)	Implementar intervenção colaborativa com múltiplos componentes e avaliar seu impacto na aplicação da LVSC.
Detalhamento Amostral	Análise de 65.320 registros de todos os pacientes submetidos à cirurgia entre julho de 2009 e fevereiro de 2010, pertencentes aos 27 hospitais participantes (públicos e privados) da Catalunha, Espanha.
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo prospectivo, longitudinal e multicêntrico (autores).</p> <p>Em 2009, o Ministério da Saúde incentivou os centros de saúde a implementarem a LVSC por meio de adesão voluntária a uma estratégia/projeto para facilitar a implementação intitulado “Intervenção colaborativa de múltiplos componentes para segurança do paciente”. Essa intervenção colaborativa foi baseada na aprendizagem conjunta (troca de experiências/ideias) entre hospitais interessados em lidar com as barreiras durante o processo de implementação. Os participantes incluíram 27 hospitais que aderiram a intervenção colaborativa. Os múltiplos componentes da intervenção colaborativa incluíram a implantação progressiva da lista, e adaptação das recomendações da OMS foi incentivada. O protocolo foi definido entre especialistas e responsáveis pela implementação. Material informativo e apresentação de casos clínicos em sessões educativas foram ofertados. Um guia sobre aspectos-chave e dúvidas sobre o uso da ferramenta foi distribuído. Houve divulgação por meio de cartazes e informações contínuas por meio de conferências, telefone, reuniões e boletins informativos. As reuniões presenciais permitiram troca de experiências, ideias, dúvidas e constrangimentos vivenciados na implantação. As avaliações de desempenho entre hospitais foram</p>

	compartilhadas usando aplicativo <i>web</i> . Esse <i>feedback</i> facilitou conhecer o desempenho/adesão em tempo real. Adicionalmente, mensurou-se a adesão.
Resultados	A adesão global da LVSC foi 48% (uso em 31.376 cirurgias) e das suas etapas foram 75,1% (<i>sign in</i>), 77,1% (<i>time out</i>) e 88,3% (<i>sign out</i>). As barreiras foram organizacionais e motivacionais. Embora o propósito da ferramenta seja promover a comunicação e trabalho em equipe, em reuniões colaborativas houve relatos de que, em alguns casos, a lista foi usada somente como registro, especialmente no período inicial de uso da ferramenta em sala cirúrgica. As avaliações por observação direta permitiram identificar, abordar dificuldades e dar <i>feedback</i> . Após ciência de barreiras, as reuniões foram realizadas para reforçar o uso correto. A adaptação da lista após a identificação de barreiras foi considerada um facilitador.
Conclusões/ Recomendações	A ferramenta foi implementada em 48% dos casos cirúrgicos nos hospitais participantes. A intervenção colaborativa com múltiplos componentes auxiliou a promover e facilitar o processo de implantação, monitoramento e avaliação da lista nos hospitais. Os hospitais consideraram que a efetiva implementação requer mudança cultural e, portanto, é tarefa complexa e desafiadora. É importante consolidar a cultura de segurança e a realização de programas de treinamento para promoção de práticas seguras com foco na comunicação entre cirurgiões, anestesistas e enfermeiros.
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 15 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 13 Título	Understanding WHO surgical checklist implementation: tricks and pitfalls. An observational study
Autor(es)	Saturno, P.J.; Soria-Aledo, V.; Gama, Z.A.S.; Lorca-Parra, F.; Grau-Polan, M.
Periódico	World J Surg (World Journal of Surgery), v. 38, n. 2, p. 287-295.
Ano	2014
Objetivo(s)	Descrever a eficácia da estratégia de implementação da LVSC adotada pela rede regional de hospitais públicos na Espanha e analisar variáveis estruturais e socioprofissionais, comparando resultados provenientes de fontes de registro e de observação direta.
Detalhamento Amostral	Registros de casos cirúrgicos obtidos aleatoriamente (n=280) para análise retrospectiva. Amostra não proporcionalmente estratificada por hospital (n=9) e especialidades cirúrgicas (geral n=90, ginecologia n=20, oftalmologia n=80 e traumatologia n=90). Para observação direta, amostra não proporcional estratificada por hospital e especialidades cirúrgicas (mesmas acima mencionadas) de 85 intervenções, que foram analisadas (foco no <i>time out</i> /pausa cirúrgica) para comparar exatidão na aplicação e confiabilidade de registros obtidos previamente.
Detalhamento Metodológico	Dois estudos foram conduzidos: retrospectivo e de observação direta (autores). A autoridade de saúde (secretário estadual) implementou a LVSC em todos os nove hospitais públicos por meio de discussão com a gestão e representantes de serviços cirúrgicos, sobre o objetivo, conteúdo, papéis, responsabilidades, aspectos práticos da ferramenta e sugestões. A forma de implantação da lista foi guiada pelas recomendações da OMS, e houve sessões de treinamento em todos os hospitais; adaptações foram realizadas, e dois hospitais implementaram a ferramenta em formato eletrônico. Para a prestação de contas à autoridade de saúde, ocorreu a mensuração da adesão, fatores associados e atitudes das equipes.
Resultados	A estratégia de implementação da LVSC foi similar entre os hospitais. Os dois hospitais que optaram pelo formato eletrônico obtiveram taxa de adesão integral maior. No entanto, a análise da adesão por meio de registros pode ser incerta e maior do que a efetivamente realizada. Particularmente, quando o registro é

	<p>facilitado pela utilização de formato eletrônico, favorece a checagem como um mero exercício de assinalar. A observação da rotina ou análise de filmagem aleatória pode avaliar de forma mais precisa o uso da ferramenta. O uso efetivo da LVSC é um processo de adaptação mais complexo do que a estratégia executada, ou seja, a imposição da utilização obrigatória, pois a ferramenta parece ser vista apenas como papelada e objeto de avaliação dos hospitais pela autoridade de saúde. A estratégia empregada não considerou adequadamente a mudança cultural necessária ao processo adaptativo.</p>
Conclusões/ Recomendações	<p>A obrigatoriedade da utilização da lista pode ser intervenção fraca para melhorar a segurança. Ações pautadas no entendimento de como as organizações e pessoas trabalham podem ser necessárias. Para melhorar a adesão, deve-se melhorar a cultura de segurança e incluir essa temática nos programas de formação para residentes e currículos dos profissionais da saúde.</p>
Tipo de Questão Clínica	Estudo de Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 16 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 14 Título	Modifications to the WHO surgical safety checklist in the Southeast of England
Autor(es)	Gupta, A.; Wong, R.S.; Scott, H.
Periódico	Oper Theatre J (Operating Theatre Journal), n. 296, p. 12-13.
Ano	2015
Objetivo(s)	Descrever as modificações realizadas no <i>design</i> da LVSC em hospitais da região sudeste da Inglaterra.
Detalhamento Amostral	Neste estudo, 11 hospitais foram incluídos, sendo oito beneficentes, dois privados e um infantil.
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo.</p> <p>Em 2009, a Agência Nacional para Segurança do Paciente introduziu a LVSC nos hospitais da Inglaterra e país de Gales para melhorar a segurança cirúrgica. Em 2013, a ferramenta adotada em cada hospital foi comparada com a versão original proposta pela OMS, e as diferentes versões foram classificadas em relação à inclusão e exclusão de itens. Os hospitais foram identificados por letras (A até K).</p>
Resultados	<p>Nenhuma ferramenta analisada foi adaptada para as subespecialidades médicas. Houve considerável variação na extensão das modificações em relação à original. Somente em três hospitais (D, G, H), a versão original foi utilizada. Na adaptação para a realidade local, 70% dos hospitais excluíram itens da ferramenta. Em média cinco, com variação entre zero e 12 itens, do total de 19 itens da OMS foram removidos. A maioria das exclusões foi referente à seção do <i>time out</i>. O hospital infantil (I) e um dos privados (K) excluíram, respectivamente, nove e 12 itens dos 19 itens da versão original. Os itens com frequência maior de exclusão foram risco de aspiração de vias aéreas, antecipação de perda sanguínea e equipamento de monitorização da anestesia. O hospital (K) excluiu a maioria dos itens, e a lista adaptada foi composta por questões abertas, somente sobre preocupações gerais. Em 70% dos hospitais, houve acréscimo de itens, com adição de cinco itens em média, com variação entre zero e nove itens adicionados. Os itens incluídos com frequência maior foram: referentes à adição de riscos ao paciente e documentação de preocupações da equipe cirúrgica. O hospital B apresentou três objetivos repetidos no <i>sign in</i> e <i>time out</i>, relativos à prevenção de infecção de sítio</p>

	cirúrgico, risco de perda sanguínea >500 ml e paciente alérgico. Em 73% dos hospitais, as mudanças locais não foram reproduzidas nos demais hospitais da região.
Conclusões/ Recomendações	Para adaptação local, a maioria dos hospitais realizou modificações, e houve falha em manter itens essenciais contidos na versão original da OMS, o que pode prejudicar o alcance de benefícios nos resultados para o paciente cirúrgico. Embora a OMS encoraje a adaptação da lista para melhor integração na prática clínica, recomenda-se que ela seja avaliada em teste piloto. Os autores questionaram se os serviços de saúde realizaram o teste piloto localmente. Destaca-se que a política nacional para uso da ferramenta recomenda a adaptação local somente com a inclusão de itens. Segundo a OMS, uma lista extensa prejudica sua funcionalidade. Assim, sugere-se que as adaptações considerem as recomendações da OMS e da Agência Nacional de Segurança do Paciente.
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 17 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 15 Título	The World Health Organisation's Surgical Safety Checklist in Belgian Operating Theatres: a Content-Driven Evaluation
Autor(es)	Bergs, J.; Hellings, J.; Cleemput, I.; Vandijck, D.
Periódico	Acta Chir Belg (Acta Chirurgica Belgica), v. 115, n. 2, p. 147-154.
Ano	2015
Objetivo(s)	Descrever as modificações realizadas na LVSC por hospitais belgas.
Detalhamento Amostral	Os hospitais com salas cirúrgicas foram identificados (n=56) e convidados para participar do estudo, esses eram localizados na região da Bélgica holandesa. Destes, 33 instituições assinaram a declaração de intenção em participar (taxa de resposta = 58,9%). Como alguns hospitais tinham duas ou mais unidades, 40 convites foram enviados, dos quais 36 responderam.
Detalhamento Metodológico	Estudo transversal (autores). Um questionário estruturado <i>on-line</i> foi criado e composto por três partes. Este incluiu dados do hospital e CC, uso da LVSC e seu conteúdo. Para avaliação do conteúdo da ferramenta, uma cópia foi solicitada aos hospitais participantes. O questionário foi enviado eletronicamente via <i>e-mail</i> para o contato do hospital. Para garantir o retorno, um lembrete foi enviado, respectivamente, duas e quatro semanas após o primeiro convite. A pesquisa foi finalizada após o período de quatro semanas. Para avaliação do conteúdo da lista, equipe de especialistas foi composta por um membro da associação nacional de cirurgia, de anestesiologia e da enfermagem perioperatória, um membro do setor de qualidade hospitalar, um especialista em acreditação hospitalar e um especialista em segurança do paciente. Esses especialistas se reuniram após análise prévia das listas de cada hospital. Nesta análise, dois membros independentes avaliaram a ferramenta quanto à presença dos 22 itens preconizados pela OMS. As discrepâncias entre os especialistas foram resolvidas em reunião até obtenção de consenso e decisão final. Os dados foram analisados quantitativamente.

Resultados	Com base no autorrelato, 25 (69,4%) hospitais declararam que a lista adotada tinha todos os 22 itens da OMS. Entretanto, após a avaliação da ferramenta pelos especialistas, verificou-se que apenas seis (17,1%) efetivamente incluíram os 22 itens. Houve variação na presença dos itens da OMS, de 7 a 22 itens (média = 16,6). Em relação às etapas da lista, em 17 (48,6%) hospitais a ferramenta continha todos os itens da OMS relativos à entrada, nove (25,7%) todos da pausa e 13 (37,1%) todos da saída. A inclusão de itens ocorreu em 21 (60%) dos hospitais com predomínio de itens para checagem pré-operatória, disponibilidade dos registros do paciente, transferência do paciente, terapia de anticoagulação sanguínea, hipotermia, posicionamento do paciente e disponibilidade de materiais cirúrgicos específicos. Apenas 62,9% dos hospitais incluíram itens sobre a confirmação do paciente em relação à sua identidade, local, procedimento e consentimento, sendo que a omissão mais frequente foi a verificação do consentimento dos pacientes. A maioria dos hospitais (82,9%) decidiu omitir um ou mais itens da OMS.
Conclusões/ Recomendações	Os resultados evidenciaram que as modificações efetuadas em relação à versão original da OMS variaram entre os hospitais. Apenas seis hospitais incluíram na lista todos os 22 itens preconizados pela OMS. Os autores questionaram se a lista modificada poderia possibilitar a redução do número de eventos adversos evitáveis em comparação com a versão original. Os pesquisadores sugeriram investigações futuras sobre essa questão e a necessidade de orientações claras para a modificação da ferramenta da OMS.
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 18 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 16 Título	Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients
Autor(es)	Sewell, M.; Adebibe, M.; Jayakumar, P.; Jowett, C.; Kong, K.; Vemulapalli, K., Levack, B.
Periódico	Int Orthop (International Orthopaedics), v. 35, n. 6, p. 897-901.
Ano	2011
Objetivo(s)	Avaliar o uso da LVSC em pacientes ortopédicos, antes e depois da implementação de programa de educação e correlacionar com as complicações cirúrgicas, mortalidade e percepções da equipe em hospital de Londres, Inglaterra.
Detalhamento Amostral	Os registros cirúrgicos e pacientes foram avaliados, 480 (antes do programa) e 485 (depois do programa). Além disso, participaram 100 membros da equipe cirúrgica.
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa quase experimental, grupo único antes e depois. Frente à adesão baixa ao uso correto da LVSC, um programa educacional foi implementado para otimizar o uso diário dessa ferramenta, ele consistiu em: disponibilizar formulários sobre a ferramenta para ampliar o conhecimento da equipe em sala cirúrgica e realização de sessões educacionais com grandes e pequenos grupos para todas as categorias profissionais. Nestas seções foram discutidos sobre os eventos adversos, o potencial da ferramenta para a prevenção deles e mudança de cultura hierárquica para cultura que considere a segurança do paciente. Um vídeo foi produzido com destaque para a execução correta e incorreta da ferramenta para formação obrigatória da equipe. A ênfase na responsabilidade de todas as categorias pela checagem de cada etapa, a prática de somente checar por checar foi desencorajada. Na fase pré e pós-intervenção, dados foram coletados prospectivamente, em relação às variáveis de interesse: medidas de processo (adesão ao uso da ferramenta) e resultados (complicação cirúrgica e mortalidade). Além disso, a percepção sobre a ferramenta foi investigada.
Resultados	Houve aumento estatisticamente significativo no uso correto da ferramenta de 7,9% para 96,9%. Antes da intervenção, três pacientes foram anestesiados sem instrumentos ortopédicos disponíveis para a realização

	adequada da cirurgia. Após a intervenção, este evento não ocorreu. Não houve diferença estatisticamente significativa na mortalidade e complicações cirúrgicas entre os dados das duas auditorias. Inicialmente, o uso da LVSC foi recebido com resistência por parte de alguns membros da equipe, pois havia crença de que muitos itens já estavam em prática, e 55% pensavam que a checagem atrasava desnecessariamente o procedimento. A educação pautada na importância e benefícios do uso da ferramenta contribuiu para melhorar a adesão. Os autores acreditam que esse programa de educação após a implementação da lista melhorou a confiança/crença/reponsabilidade/comunicação da equipe, a percepção pessoal e o uso correto.
Conclusões/ Recomendações	Os resultados do estudo evidenciaram que programas educacionais podem promover aumento estatisticamente significativo na adesão ao uso da ferramenta e melhorar a percepção da equipe. Entretanto, essas melhorias não foram associadas à redução estatisticamente significativa nas complicações cirúrgicas ou mortalidade em pacientes ortopédicos.
Tipo de Questão Clínica	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico.
Nível de Evidência	III

Quadro 19 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 17 Título	Crew resource management: using aviation techniques to improve operating room safety
Autor(es)	Ricci, M.A.; Brumsted, J.R.
Periódico	Aviation, Space and Environmental Medicine, v. 83, n. 4, p. 441-444.
Ano	2012
Objetivo(s)	Descrever detalhes da implementação e os resultados de programa de treinamento centrado na equipe para o uso da LVSC.
Detalhamento Amostral	Seleção aleatória de 70 procedimentos cirúrgicos para avaliar a adesão após o programa de treinamento e registros de eventos adversos ocorridos entre 2007 a 2009 foram analisados.
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa quase experimental, grupo único antes e depois.</p> <p>Diante da adesão baixa à política local para implementação do <i>time out</i>, um programa de treinamento baseado em técnicas de aviação foi realizado no hospital da Universidade de Vermont (Estados Unidos da América), durante dois anos e, com os seguintes princípios: ênfase na equipe com apoio mútuo dos membros, comunicação, gerenciamento de tarefas, liderança, tomada de decisão, consciência situacional, gestão de recursos, ausência de hierarquias para interceptar erros antes de seu acontecimento e promoção da cultura de segurança. O programa foi conduzido por empresa de consultoria, composta por aviadores e médicos especialistas. O treinamento inicial, com duração de seis horas, incluiu apresentações, discussões de casos, exercícios em equipe e simulação <i>in loco</i>, <i>feedback</i>, delegação de responsabilidades, autonomia aos membros da equipe para interromper procedimento em que a segurança fosse comprometida e compartilhamento de expectativas antes, durante e no final da cirurgia. O programa foi obrigatório. O preparo inicial contou com a participação de 517 pessoas, ou seja, todos os membros da equipe. Para avaliar o programa, os dados sobre adesão foram obtidos por auditoria <i>in loco</i> (duas semanas após o treinamento/70 casos) e eventos adversos pela análise de registros do setor de gestão de risco do hospital.</p>

Resultados	Anteriormente à realização do programa, a adesão à política local para implementação do <i>time out</i> de forma impositiva foi de 6,7%. Após o programa, em quatro meses, verificou-se melhora progressiva, de 40% para 99%. As apresentações da equipe aumentaram de 64% para 84%. A participação ativa do cirurgião na pausa cirúrgica aumentou de 48% para 72% e do anestesista de 22% para 43%. Por 14 meses após o treinamento, não houve eventos adversos, de sete em 2007 para nenhum em 2008, mas, após 14 meses, em 2009, sem preparo adicional, tais eventos subiram para cinco. Durante o período de 2003 a 2007, as despesas (pagamentos e taxas jurídicas) com eventos adversos totalizaram \$ 793.000, desde então não houve mais pagamentos. As sessões de educação permanente previstas para seis e 12 meses, após a inicial, ocorreram somente após dois anos, pois houve dificuldades de agendamento e concentração de esforços na introdução de outra inovação tecnológica.
Conclusões/ Recomendações	Houve redução na ocorrência de cirurgia em local errado, retenção de itens e custos relacionados. A educação permanente é necessária para manutenção de resultados positivos. Embora apenas uma estratégia técnica não possa impedir todos os erros, este programa pode ser introduzido no campo da medicina para efetuar mudança cultural, produzindo ambiente mais seguro.
Tipo de Questão Clínica	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico
Nível de Evidência	III

Quadro 20 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 18 Título	Increasing compliance with the World Health Organisation's surgical safety checklist
Autor(es)	Kieffer, W.K.M.; Quaye, M.C.; Chotai, N.; Ricketts, D.M.
Periódico	J Perioper Pract (Journal of Perioperative Practice), v. 23, n. 12, p. 288-291.
Ano	2013
Objetivo(s)	Avaliar a adesão e estratégias para melhorar o uso da LVSC em dois hospitais de grande porte localizados no sul da Inglaterra.
Detalhamento Amostral	Neste estudo, 30 cirurgias da especialidade ortopedia foram observadas em cada um dos hospitais.
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo.</p> <p>Entre dezembro de 2011 e abril de 2012, em ambos os hospitais, auditoria foi realizada para mensurar adesão ao uso da LVSC, e taxa de adesão inferior à esperada foi observada no hospital A. Diante desse resultado, em consulta aos membros da equipe cirúrgica, definiu-se que o coordenador do CC organizaria o encontro da equipe, antes de iniciar a checagem, para assegurar que a equipe completa estivesse presente na sala de operação. Essa estratégia, pautada na discussão com a equipe, foi considerada a melhor maneira para otimizar o uso da ferramenta, uma vez que, previamente, a "falta de apropriação" da lista foi identificada como justificativa para omissão. Após a implementação dessa medida, a segunda auditoria foi realizada (maio-agosto de 2012).</p>
Resultados	Na primeira auditoria, taxa de adesão global elevada relativa ao uso da ferramenta foi observada nos dois hospitais, 95% e 98%. Entretanto, na etapa inicial da checagem, houve diferença significativa na adesão ao compartilhamento verbal de informações pela equipe entre os hospitais (17% e 93%, $p < 0,001$). Em ambos, a prática de compartilhar informações verbais pela equipe na conclusão da checagem não ocorreu, e o preenchimento completo da lista foi de 95%. Após a implementação da estratégia no hospital A, a adesão aumentou significativamente no compartilhamento de informações verbais antes do início da checagem (17% para 73%). Em ambas as instituições não houve adesão ao compartilhamento de informações da equipe na

	<p>checagem final (etapa <i>sign out</i>), mesmo após tentativas de melhorar adesão mediante discussão com a equipe cirúrgica. As barreiras referentes à crença da equipe foram obtidas informalmente: “você não pode mudar o curso do ato operatório a partir do <i>time out</i>”; “se houve dano, o dano já foi feito”; “está todo mundo ocupado para a próxima”, “eu apenas quero ir para casa no final da checagem”. Antes e após a implementação da estratégia, na maioria dos procedimentos, membros da equipe iniciavam a checagem sem a presença de cirurgiões e anestesistas. A presença de ambos ocorreu em apenas 23% dos casos.</p>
Conclusões/ Recomendações	<p>Os dados da auditoria demonstraram adesão quase total ao uso da ferramenta, entretanto a equipe não aderiu ao compartilhamento de informações relacionadas à checagem final (<i>sign out</i>). As falhas na checagem não devem ser toleradas em CC. A definição de responsabilidade entre os membros da equipe melhorou a qualidade no uso e adesão, mas não foi suficiente para melhorar a checagem da última etapa. A adesão deve ser regularmente observada. Sugere-se a execução de auditoria nacional para assegurar que a LVSC seja realizada em todos os pacientes.</p>
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 21 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 19 Título	Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist
Autor(es)	Putnam, L.R.; Levy, S.M.; Sajid, M.; Dubuisson, D.A.; Rogers, N.B.; Kao, L.S.; Lally, K.P.; Tsao, K.
Periódico	Surgery, v. 156, n. 2, p. 336-344.
Ano	2014
Objetivo(s)	Analisar se a utilização de estratégias multifacetadas poderia melhorar a adesão ao uso da LVSC.
Detalhamento Amostral	873 cirurgias foram observadas (2011, n=144; 2012, n=373; 2013, n=356) entre junho de 2011 e agosto de 2013 em hospital pediátrico no estado do Texas, Estados Unidos da América.
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo observacional (autores).</p> <p>Em 2009, a LVSC foi introduzida, com estratégias limitadas de implementação. Houve baixa adesão na checagem completa da ferramenta, barreiras referentes à equipe, e ausência de planejamento e ações para sua introdução foram destaque. Em 2011, a LVSC novamente foi implementada, desta vez por meio de estratégia multifacetada e interdisciplinar (liderada pela equipe médica e de enfermagem) para otimizar o uso dessa ferramenta. A estratégia 1 foi composta pelas seguintes ações: i. criação de um conselho de segurança, coordenado por um médico e composto por membros da equipe cirúrgica e administrativa; ii. oficinas interativas sobre segurança/cultura (semestral/conduzida por médico/ 4h cada encontro): palestras sobre liderança, vídeos, atividades em grupos e exercícios interativos de equipe com base na realidade local e participação obrigatória de cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem; iii. modificação: nas oficinas, discutiu-se sobre o <i>design</i> da lista, com contribuições que ajudaram a integrá-la no processo de trabalho em cirurgia pediátrica, definição de tempo e responsabilidade para checagem. Para divulgação, programa multimídia foi desenvolvido e exibição de cartazes sobre a execução da ferramenta. A estratégia 2 contemplou as seguintes atividades: oficinas sobre segurança/erros de identificação/comunicação eficaz, auditoria, <i>feedback</i> e criação de um sistema eletrônico anônimo para relatar erros, quase-acidentes e práticas de uso da ferramenta. A adesão por observação direta foi mensurada um ano após a introdução da lista, após a</p>

	implementação da estratégia 1 e da estratégia 2. A cultura de segurança foi avaliada após a realização das ações relativas a estratégia 1.
Resultados	A criação do conselho de segurança e a execução de estratégia multifacetada para a segurança perioperatória contribuíram para melhorar significativamente a adesão ao uso da LVSC após cada conjunto de intervenções, bem como a cultura de segurança e o fortalecimento do trabalho em equipe. Os autores destacaram como fatores de sucesso o engajamento das lideranças e membros da equipe em todo o processo; processo educativo com alvo na cultura de segurança e compreensão da lista como instrumento para melhorar a comunicação; adaptação com ênfase na atribuição de responsabilidades; participação ativa do cirurgião; processo interativo para avaliar intervenções e estratégias para sustentar a melhoria ao longo do tempo.
Conclusões/ Recomendações	A adoção de estratégias multifacetadas melhorou a adesão ao uso da LVSC. Os autores salientaram que o conteúdo da ferramenta e a padronização de processos precisam refletir interesses locais em harmonia com o fluxo operacional.
Tipo de Questão Clínica	Estudo de Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 22 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 20 Título	The surgical safety checklist and teamwork coaching tools: a study of inter-rater reliability
Autor(es)	Huang, L.C.; Dante, C.; Lipsitz, S.; Wright, C.C.; Diller, T.W.; Edmondson, L.; Berry, W.R.; Singer, S.J.
Periódico	BMJ Qual Saf (BMJ Quality and Safety), v. 23, n. 8, p. 639-650.
Ano	2014
Objetivo(s)	Avaliar a concordância interobservadores de dois instrumentos para medir o desempenho na checagem da LVSC e trabalho em equipe.
Detalhamento Amostral	Neste estudo, 50 cirurgias foram selecionadas aleatoriamente para observação direta (dois observadores, enfermeiros experientes) em hospital da Carolina do Sul participante da iniciativa “Cirurgia Segura 2015”. As cirurgias incluídas foram aquelas com duração de até duas horas.
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo observacional prospectivo (autores).</p> <p>A iniciativa “Cirurgia Segura 2015” encorajava os hospitais participantes na seleção e treinamento da equipe médica cirúrgica para atuar como instrutores do processo de implementação da LVSC. Como parte dessa iniciativa, dois instrumentos de observação foram elaborados para avaliar o desempenho na checagem da lista e trabalho em equipe, cuja construção foi pautada na revisão de literatura, consulta aos <i>experts</i> da iniciativa cirurgia segura da OMS e teste em condições reais de uso, os quais foram utilizados pelos instrutores. Os itens do instrumento A eram relativos aos aspectos da checagem da lista, ou seja, avaliaram o cumprimento das melhores práticas (checagem verbal, sem dependência de memória, comportamentos apropriados durante a checagem e adesão aos processos cirúrgicos existentes, por exemplo, redosagem de antibióticos após duas horas de cirurgia). Os itens do instrumento B focaram o trabalho em equipe em cinco domínios: liderança clínica, comunicação da equipe, assertividade, coordenação e respeito. Para testarem os instrumentos, os enfermeiros receberam treinamento de curta duração, com instruções para o preenchimento e curso <i>on-line</i>, o qual forneceu orientações e vídeos de curta duração, nos quais cenários para demonstrar comportamentos positivos e negativos de trabalho em equipe foram descritos, seguido de questionário e <i>feedback</i> automatizado</p>

	para avaliar a capacidade do observador em distinguir esses comportamentos e teste piloto <i>in loco</i> (aplicação em um procedimento, sem interferência dos pesquisadores e discrepâncias foram discutidas). Entre novembro de 2012 e janeiro de 2013, o desempenho na checagem e trabalho em equipe foram avaliados pelos observadores, independentemente. Avaliou-se a porcentagem de concordância interobservador e índice Kappa de Cohen (adequado se igual ou maior que 0,7).
Resultados	No instrumento A, a concordância total e índice k interobservadores foi de 93% e 0,74 e no instrumento B foi de 86% e 0,84. Em ambos, a concordância para cada seção foi igual ou superior a 79%. Os autores recomendam o uso desses instrumentos para avaliação do desempenho na checagem e trabalho em equipe, com treinamento prévio de curta duração aos observadores.
Conclusões/ Recomendações	Os instrumentos demonstraram adequada concordância interobservadores e são exemplos de como instrumentos de observação podem ser integrados ao processo de implementação da LVSC, em qualquer ambiente cirúrgico.
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 23 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 21 Título	Implementation of the WHO surgical safety checklist and surgical swab and instrument counts at a regional referral hospital in Uganda – a quality improvement project
Autor(es)	Lilaonitkul, M.; Kwikiriza, A.; Ttendo, S.; Kiwanuka, J.; Munyarungero, E.; Walker, I.A.; Rooney, K.D.
Periódico	Anaesthesia, v. 70, n. 12, p. 1345-1355.
Ano	2015
Objetivo(s)	Explorar a aplicabilidade e a eficácia de programa de melhoria de qualidade para implementar a LVSC e contagem cirúrgica em Uganda.
Detalhamento Amostral	Análise de prontuários de 3.341 cirurgias realizadas entre novembro de 2012 e setembro de 2013.
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa quase experimental. A metodologia de melhoria de qualidade, por meio de ciclos <i>Plan-Do-Study-Action</i> (PDSA), foi utilizada para implementar a LVSC da OMS, com as seguintes fases: introdução; reavaliação-reintrodução e avaliação. Além disso, mensurou-se adesão, contagem cirúrgica e barreiras para uso/implementação. As barreiras estavam descritas no verso da ferramenta, em campo próprio incluído para essa finalidade e apresentadas pelo diagrama de Pareto.
Resultados	Em 2011, durante cinco meses, a ferramenta foi introduzida na especialidade de obstetrícia por meio de sessões de treinamento conduzidas por anestesista visitante (não há descrição no artigo sobre as categorias profissionais que participaram do treinamento). Houve a instalação de oximetria de pulso e profilaxia antimicrobiana em todas as cirurgias. Após a saída voluntária do hospital pelo anestesista, o uso da LVSC não se sustentou. Em 2012, dois eventos adversos ocorreram (retenção de instrumental e compressa cirúrgica), os quais sinalizaram que a ferramenta não estava sendo utilizada de maneira efetiva, e desencadearam o projeto de melhoria de qualidade. A partir de agosto de 2012, houve a reavaliação e reintrodução da ferramenta (projeto de melhoria/ciclo PDSA), conduzidas por residente da anestesia sob a liderança de consultor sênior. As ações implementadas incluíram teste piloto nas cirurgias obstétricas, formato impresso e quadro fixado na

	parede em todas as especialidades, preenchimento de nome e função após a checagem, avaliação mensal de adesão (até setembro de 2013) e <i>feedback</i> de desempenho individual/equipe (gráficos fixados no setor), discussão multidisciplinar sobre facilitadores, barreiras e estratégias para superar as dificuldades. Os facilitadores foram o envolvimento da administração para fornecer recursos, forte liderança local comprometida com o projeto, uso de recursos disponíveis, adaptação da lista com padronização de instrumentais no verso para conferência e registro de contagem cirúrgica, reuniões mensais, <i>feedback</i> multidisciplinar, bom clima de segurança (favorecido pela ocorrência prévia de eventos adversos), entendimento das barreiras e processo contínuo de treinamento/orientação. Destacaram como barreiras a escassez de pessoal, mau funcionamento e escassez de equipamentos. Devido à escassez de recursos humanos e necessidade de obtenção de colaboradores na checagem, ofertaram-se sessões de treinamento para estudantes de medicina.
Conclusões/ Recomendações	Projeto de melhoria da qualidade, com mudança gradual e padronização de processos, foi essencial para implementação da LVSC, com melhora na adesão à ferramenta e contagem cirúrgica e pode ser forma eficaz de melhorar a prática clínica em ambientes de baixa renda.
Tipo de Questão Clínica	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico
Nível de Evidência	III

Quadro 24 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 22 Título	A 'paperless' wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement
Autor(es)	Ong, A.P.C.; Devcich, D.A.; Hannam, J.; Lee, T.; Merry, A.F.; Mitchell, S.J.
Periódico	BMJ Qual Saf (BMJ Quality and Safety), p. 1-6.
Ano	2015
Objetivo(s)	Avaliar o efeito de uma estratégia (definição de lideranças e migração no formato da LVSC) no envolvimento da equipe cirúrgica e adesão.
Detalhamento Amostral	Neste estudo, 111 cirurgias que envolveram a presença de todos membros (cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem), realizadas em janeiro de 2015, foram elegíveis para observação, e 261 itens da LVSC foram analisados em hospital da Nova Zelândia.
Detalhamento Metodológico	Estudo observacional prospectivo, antes e depois (autores). No hospital participante do estudo piloto da OMS, houve a implementação da versão adaptada da LVSC, sendo o enfermeiro circulante responsável pela checagem em cópia em papel. Neste processo, ocorreu o monitoramento e incentivo para adesão e engajamento da equipe cirúrgica. Após a implementação da ferramenta, observou-se adesão baixa, checagem inconsistente de itens nas três etapas e falta de engajamento da equipe. Com o tempo, em auditorias entre 2011 e 2013, não houve melhora, apesar de discussões em fóruns de equipes e lembretes periódicos. Com base na experiência exitosa de outro hospital local (quadro fixado na parede e atribuição de responsabilidade na checagem entre as categorias profissionais), essa estratégia foi implementada pela equipe de mudança em novembro de 2014. A liderança de cada disciplina cirúrgica foi consultada para obtenção de engajamento, houve reunião com cada categoria profissional para explicar o novo processo, teste piloto (dois meses), lembretes sobre as principais mudanças e acompanhamento em sala para suporte na primeira semana após a introdução. Para avaliação da adesão, os dados da auditoria de 2013 foram utilizados para comparação, checagem completa foi considerada quando

	todos os itens fossem verbalizados. A equipe foi considerada envolvida quando pelo menos um membro de cada categoria contribuiu com a checagem ou cessou outras atividades.
Resultados	A estratégia contribuiu para melhorar a adesão de 96% para 98% no <i>sign in</i> ; com aumento estatisticamente significativo de 22% para 84% no <i>sign out</i> , e no <i>time out</i> não houve alteração, mantendo-se em 99%, antes e depois. Houve aumento estatisticamente significativo no engajamento da equipe, considerando duas categorias profissionais engajadas de 40% para 94%, com todos os membros presentes de 15% para 92% no <i>time out</i> e de 9% para 25% no <i>sign out</i> . A estratégia para otimizar o uso da ferramenta foi considerada de custo baixo, ajustável à prática e sem muitas dificuldades na implementação.
Conclusões/ Recomendações	A otimização do uso da LVSC é difícil e requer abordagem multifacetada. Neste estudo, a estratégia adotada pode contribuir para melhorar a adesão e engajamento da equipe, especialmente nas instituições que enfrentam dificuldades no uso adequado dessa ferramenta.
Tipo de Questão Clínica	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico
Nível de Evidência	VI

Quadro 25 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 23 Título	Sustainable, effective implementation of a surgical preprocedural checklist: an "attestation" format for all operating team members
Autor(es)	Porter, A.J.; Narimasu, J.Y.; Mulroy, M.F.; Koehler, R.P.
Periódico	Jt Comm J Qual Patient Saf (Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety), v. 40, n. 1, p. 3-9.
Ano	2015
Objetivo(s)	Avaliar o desempenho da equipe cirúrgica (participação e contribuições) na etapa pausa (<i>time out</i>) da LVSC e descrever a implementação de projeto de melhoria de qualidade para aprimorar o uso da ferramenta nesta etapa.
Detalhamento Amostral	Casos cirúrgicos de diferentes especialidades foram selecionados aleatoriamente para observação direta, a saber: 31 casos antes do projeto, após a implementação (número de casos não informado) e 34 casos após 18 meses em hospital comunitário e de ensino localizado na área de Seattle (Estados Unidos da América).
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo. Em janeiro de 2010, realizou-se auditoria 1 para avaliar o desempenho da equipe cirúrgica na execução da pausa. Com base nesse diagnóstico, entre fevereiro e abril de 2010, um projeto de melhoria de qualidade foi empreendido. Após a implementação do projeto (agosto de 2010), executou-se auditoria 2 e, após 18 meses, ocorreu a auditoria de acompanhamento. Os dados sobre adesão foram analisados quantitativamente.
Resultados	Na auditoria 1, durante a pausa conduzida pelo cirurgião, observou-se participação inadequada da equipe cirúrgica, em especial de enfermeiros e instrumentadores, em relação à prontidão para efetuar a pausa, interrupção de demais atividades, participação ativa caracterizada pela apresentação de cada profissional e verbalização de preocupações. Em consequência, projeto de melhoria de qualidade foi desenvolvido pautado em força tarefa multidisciplinar liderada por dois cirurgiões e um anestesista e composta por membros de todas as disciplinas. As ações realizadas foram revisão e recomendação de mudanças no processo de checagem, conteúdo da lista e definição de responsabilidade, cada membro conduziria uma etapa da ferramenta. Em abril

	<p>de 2010, o projeto final foi apresentado no fórum de cirurgia para toda equipe cirúrgica com explicação sobre alterações empreendidas na lista e divulgação de vídeo de curta duração para demonstração da execução correta. Entre junho a agosto de 2010, a ferramenta foi implementada, testada em seis salas cirúrgicas com <i>feedback</i> da equipe que resultou em alterações menores no texto e no reordenamento de itens. Nas oito semanas subseqüentes, pôsteres foram instalados nas salas e membros da força-tarefa treinaram as equipes para promover atuação ideal. Após, o novo formato foi introduzido em todas as salas, e o enfermeiro circulante ficou responsável pela coordenação da checagem. Em fevereiro 2011, os resultados da auditoria 2 foram divulgados no fórum de cirurgia trimestral. Com o novo formato, houve aumento na interrupção de atividades para a checagem da pausa, de 78% para 96%, e na apresentação dos membros da equipe, de 44% para 94%. Nas duas auditorias iniciais, em 56% dos casos, cirurgiões solicitavam respostas (interação verbal) de outros membros e após 18 meses esta taxa aumentou para 94%. A auditoria de acompanhamento mostrou que o desempenho adequado da equipe permaneceu.</p>
Conclusões/ Recomendações	O projeto melhorou o desempenho da equipe na etapa da pausa e a cultura de trabalho em equipe na sala cirúrgica, com pouco investimento adicional e apenas treinamento formal por <i>coaching</i> .
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 26 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 24 Título	Inadequate preoperative team briefings lead to more intraoperative adverse events
Autor(es)	Phadnis, J.; Templeton-Ward, O.
Periódico	J Patient Saf (Journal of Patient Safety), p. 1-5.
Ano	2015
Objetivo(s)	Estabelecer se as instruções pré-operatórias eram realizadas e em qual nível de padronização e avaliar o efeito das instruções pré-operatórias sobre eventos adversos intraoperatórios e a familiaridade da equipe.
Detalhamento Amostral	Casos cirúrgicos na especialidade ortopedia e traumatologia foram observados, 41 casos antes e 47 casos após a intervenção em hospital geral e distrital do Reino Unido.
Detalhamento Metodológico	<p>Estudo caso-controle prospectivo (autores).</p> <p>Na fase 1 (pré-intervenção), com duração de duas semanas, 41 casos cirúrgicos foram observados para avaliar a ocorrência de eventos adversos intraoperatórios e associação com a adequacidade das instruções pré-operatórias realizadas pela equipe cirúrgica (se completas, incompletas ou não realizadas e familiaridade dos membros da equipe). As instruções pré-operatórias são o momento em que a equipe se reúne na sala cirúrgica para realização de informes e foi considerado completo quando cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem, especialmente enfermeiro sênior, estavam presentes, com introdução da equipe e discussão sistemática, antes da checagem de itens da LVSC propriamente dita. A fase 2 (pós-intervenção), similar à fase 1, com exceção dos observadores incógnitos que foram distintos entre as fases, foi executada seis meses após a realização de uma intervenção para melhorar a qualidade e a frequência das instruções pré-operatórias. Essa intervenção se caracterizou por apresentação dos resultados obtidos na fase 1 em reunião da especialidade; divulgação para a diretoria médica e chefe administrativo; educação sobre a lista da OMS e a execução adequada das instruções pré-operatórias para a equipe; e desenvolvimento de roteiro para preenchimento das instruções pré-operatórias, as quais tornaram-se obrigatórias. Os dados foram analisados quantitativamente.</p>

Resultados	Após a intervenção pautada na reeducação do pessoal e obrigatoriedade, constatou-se melhoria da qualidade das instruções pré-operatórias realizadas pela equipe cirúrgica, de dez (24%) para 38 (81%), e redução estaticamente significativa de eventos adversos, de 37 para três. Os resultados positivos obtidos foram atribuídos às estratégias utilizadas, com destaque para a participação das chefias médica e administrativa na reunião multidisciplinar, pelo apoio ofertado na divulgação mais ampla dos resultados para todo o pessoal na instituição. Além disso, a elaboração de um roteiro para padronizar e guiar a equipe na realização das instruções pré-operatórias, uso obrigatório e o reconhecimento pela equipe sobre o desempenho inadequado e associação com eventos adversos oportunizou mudança de paradigma na cultura de segurança do paciente. No entanto, apesar das melhorias, na fase 2, as instruções pré-operatórias completas não foram realizadas em todos os casos observados (81%). Isso demonstra as dificuldades em empreender mudanças em uma organização, assim acredita-se que a mudança deve ser introduzida em etapas para ter seu efeito esperado.
Conclusões/ Recomendações	As instruções pré-operatórias inadequadas estão associadas com aumento de eventos adversos e são prejudiciais para a obtenção de familiaridade na equipe cirúrgica. Os autores recomendaram que esse procedimento fosse executado cuidadosamente para minimizar a ocorrência desses eventos em todas as salas cirúrgicas.
Tipo de Questão Clínica	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico
Nível de Evidência	IV

Quadro 27 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 25 Título	Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist
Autor(es)	Fourcade, A.; Blache, J.L.; Grenier, C.; Bourgain, J.L.; Minvielle, E.
Periódico	BMJ Qual Saf (BMJ Quality and Safety), v. 21, n. 3, p. 191-197.
Ano	2012
Objetivo(s)	Verificar a adesão e completude da LVSC em centros oncológicos da França; identificar barreiras e desenvolver estratégia para efetiva utilização.
Detalhamento Amostral	Neste estudo, houve a participação de 18 centros oncológicos (total=20) da França. Amostra aleatória de 80 registros cirúrgicos de cada centro para mensurar adesão ao uso da ferramenta. Cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, enfermeiros seniores e gerente de melhoria da qualidade foram entrevistados em cada centro. Na entrevista coletiva participaram 16 membros das categorias mencionadas, e na entrevista individual participaram oito profissionais de diferentes centros.
Detalhamento Metodológico	<p>Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo.</p> <p>Em janeiro de 2010, o Centro Nacional de Saúde Francês em parceria com a universidade adotou as seguintes estratégias: a implementação da lista seria obrigatória, introdução de versão modificada para atender a realidade local e sessões educativas com materiais impressos e vídeos sobre a temática. No entanto, em reunião nacional, seis meses após a introdução nos hospitais, representante da Sociedade Francesa de Anestesia declarou que o uso da ferramenta era burocrático e benefícios não foram observados. Para mensurar a adesão, foram analisados registros cirúrgicos (janeiro de 2010) e observação direta, ou seja, 20 horas em dois centros com adesão alta (84%) e baixa (52%). As entrevistas presenciais (coletivas e individuais), com membros da equipe cirúrgica e envio de questionário por <i>e-mail</i> para preenchimento (25 questões extraídas da entrevista coletiva) foram realizados para identificar as barreiras e elaborar estratégias para otimização do uso da LVSC.</p>

Resultados	A ferramenta foi utilizada em 1.299 das 1.440 cirurgias realizadas. A taxa média de adesão foi 90,2% e completude 61%. Houve distorções na checagem, entretanto todos os itens checados foram verificados. Os resultados demonstraram 11 barreiras, sendo as principais: itens redundantes com processos existentes (16/18 centros), má comunicação entre cirurgião e anestesista (10/18), tempo gasto para completar sem percepção de benefícios, falta de compreensão sobre itens e momento adequado para checagem (9/18), ambiguidade em itens de checagem (8/18), riscos não contabilizados pela lista (7/18) e hierarquia (6/18). Com base nas barreiras, o grupo participante da entrevista coletiva com o apoio da Federação Nacional dos Centros Oncológicos desenvolveu plano com as seguintes ações: <i>feedback</i> dos centros sobre estratégias utilizadas para lidar com as 11 barreiras e compartilhar experiências, mensurar adesão periódica e complicações (a ser elaborado em 2011) e questionário para avaliação anual de aspectos culturais de cada centro.
Conclusões/ Recomendações	As barreiras culturais e organizacionais foram identificadas em cada centro oncológico, o que pode ter acarretado as distorções no uso e adesão baixa. As estratégias propostas para otimizar o uso local e nacional incluíram ações referentes ao <i>design</i> , utilização e avaliação.
Tipo de Questão Clínica	Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 28 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 26 Título	Surgical checklists: the human factor
Autor (es)	O'Connor, P.; Reddin, C.; O'Sullivan, M.; O'Duffy, F.; Keogh, I.
Periódico	Patient Saf Surg (Patient Safety in Surgery), v. 7, n. 1, p. 14-20.
Ano	2013
Objetivo(s)	Avaliar atitudes da equipe em relação às crenças sobre adesão, apoio, impacto na segurança do paciente, trabalho em equipe e barreiras para uso da LVSC.
Detalhamento Amostral	No processo de elaboração do questionário (instrumento de coleta de dados), 14 membros da equipe cirúrgica participaram de entrevista, entre cirurgiões (n=6), anestesiologistas (n=4) e enfermeiros (n=4), de um hospital irlandês. A amostra foi composta de 107 membros da equipe cirúrgica (taxa de resposta de 42,6%). As respostas foram obtidas de 41 cirurgiões (taxa de resposta de 40,6%), 33 anestesiologistas (taxa de resposta de 58,9%) e 33 enfermeiros (taxa de resposta de 34,7%).
Detalhamento Metodológico	Delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo. Em 2008, uma comissão foi convocada pelo hospital para introduzir a LVSC. Essa ferramenta foi projetada pela comissão com teste piloto antes da introdução em todas as salas (julho de 2009). Não houve processo educativo para a equipe cirúrgica. As apresentações sobre a lista de verificação ocorreram em fóruns de enfermagem, cirurgia e anestesia. Houve adaptação local com atribuição de checagem entre as três categorias profissionais. Para a elaboração do questionário (instrumento de coleta de dados), realizou-se entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde. O protocolo da entrevista foi baseado na teoria do comportamento planejado. Por meio dessa entrevista, os autores definiram o questionário com 27 itens, com subescalas de cinco pontos, em relação às normas para uso, impacto na segurança do paciente e trabalho em equipe, apoio recebido de grupos específicos para uso, iniciativa para implementar a lista e barreiras. O questionário poderia ser respondido na forma impressa ou via <i>e-mail</i> . Os dados foram analisados quantitativamente.

Resultados	A atitude/crença em relação à LVSC variou entre as diferentes categorias profissionais, os enfermeiros apresentaram atitude/crença mais positiva em relação ao efeito da ferramenta na segurança e trabalho em equipe, seguido pelos cirurgiões e anestesistas. Os resultados indicaram ausência de rigor na utilização da LVSC, o que pode ter gerado falso senso de segurança. As seguintes barreiras foram identificadas: método de implementação adotado, ausência de trabalho em equipe, de processo educativo, de orientação/compreensão sobre os benefícios e de apoio sênior. As recomendações para otimização do uso e melhoria da adesão elencadas foram envolvimento da equipe cirúrgica no processo, apoio ao uso pelos mais experientes, educação permanente/treinamento, identificação e manejo das barreiras relativas ao uso da lista.
Conclusões/ Recomendações	As atitudes/crenças positivas em relação aos benefícios da ferramenta para segurança do paciente e trabalho em equipe são insuficientes para sua efetiva utilização. Há necessidade de reconhecer e manejar as questões socioculturais, integração no fluxo de trabalho, sobrecarga de atividades de algumas categorias profissionais, apoio dos membros mais experientes e processo educativo.
Tipo de Questão Clínica	Estudo de Prognóstico/Predição/Etiologia
Nível de Evidência	IV

Quadro 29 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Estudo 27 Título	A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England lessons from the “Surgical Checklist Implementation Project”
Autor (es)	Russ, S.J.; Sevdalis, N.; Moorthy, K.; Mayer, E.K.; Rout, S.; Caris, J.; Mansell, J.; Davies, R.; Vincent, C.; Darzi, A.
Periódico	Ann Surg (Annals of Surgery), v. 261, n. 1, p. 81-91.
Ano	2015
Objetivo(s)	Avaliar como a LVSC da OMS foi implementada em hospitais da Inglaterra; identificar barreiras e facilitadores para a implementação; extrair informações para otimizar a implementação/difusão/aceitação de iniciativas de melhoria em cirurgia e sistemas de cuidados de saúde em geral.
Detalhamento Amostral	No estudo participaram membros da equipe cirúrgica de dez hospitais da Inglaterra. Em cada hospital, todos os profissionais foram contatados via <i>e-mail</i> mediante cadastro no setor de recursos humanos. De 141 pessoas que concordaram em participar, 119 compuseram a amostra, a saber: cirurgiões, anestesistas, equipe de enfermagem (incluindo gerentes e enfermeiros-anestesistas) e radiologistas.
Detalhamento Metodológico	Estudo longitudinal (autores). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista conduzida por telefone, gravada para posterior transcrição e análise, entre março 2010 a março 2011. Utilizou-se instrumento semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, revisto por especialistas e teste piloto em um hospital da amostra.
Resultados	Na análise dos dados sobre o processo de implementação da LVSC emergiram três categorias temáticas, a saber: 1. Processo de implementação planejado: ênfase em estratégias para introdução e integração da ferramenta; 2. Implementação com limitado/nenhum planejamento: a equipe desconhecia qualquer abordagem estruturada para uso; 3. Método de implementação realizado de maneira impositiva pela gestão do hospital ou Ministério da Saúde. As barreiras que se destacaram no âmbito organizacional foram a implementação sem planejamento ou impositiva e cultura institucional resistente a mudança, especialmente

	<p>por profissionais mais experientes; relativas ao sistema, a LVSC longa e redundante com práticas existentes criando dificuldade para sua integração no processo de trabalho; relacionadas à equipe, resistência ativa ou passiva por profissionais, mais frequentemente por cirurgiões e anestesistas experientes; específicas da lista, conteúdo, <i>layout</i>, inapropriada para determinados procedimentos, especialidades, contextos e que, se não fosse utilizada adequadamente, poderia exercer efeito negativo. Os facilitadores organizacionais mais frequentes foram educação e treinamento com foco nas evidências sobre efetividade no uso da ferramenta, importância do uso no contexto local, como utilizar e lidar com membros resistentes; <i>feedback</i>, sanções para não adesão ao uso da lista e apoio da gestão; ferramenta simplificada para melhor integração (facilitador do sistema); profissional com liderança conduzindo a checagem, cirurgiões e anestesistas experientes conduzindo a checagem e envolvimento da equipe multidisciplinar (facilitadores relativos a equipe).</p>
Conclusões/ Recomendações	<p>Os autores concluíram variação no método de implementação, bem como identificaram barreiras e facilitadores para uso dessa ferramenta nos hospitais investigados. Para a introdução e otimização do processo de implementação, os autores sugerem considerar: educação, treinamento, auditoria e <i>feedback</i>, adaptação local, liderança médica, os líderes serem os primeiros a adotá-la, envolvimento da equipe, apoio da gestão, responsabilização e sanções.</p>
Tipo de Questão Clínica	Significado
Nível de Evidência	IV

Quadro 30 – Síntese de estudo primário agrupado na categoria facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

4.2 RESULTADOS DO ESTUDO DESCRITIVO

Os enfermeiros atuantes em CC totalizaram 91 participantes, conforme mencionado anteriormente. Destes, a maioria (77; 84,6%) atuava em instituições hospitalares, as quais implementaram e utilizavam a LVSC, e 14 (15,4%) profissionais atuavam em hospitais onde a LVSC não havia sido implantada até o momento da coleta de dados.

Diante disso, os resultados foram organizados em diferentes itens, a saber: a) caracterização dos enfermeiros: dados sociodemográficos; b) caracterização dos hospitais e unidades de CC; c) caracterização do processo de implementação e uso diário da LVSC; d) benefícios do uso da LVSC para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde; e) facilitadores para a implementação da LVSC nos serviços de saúde, e f) barreiras para a implementação da LVSC nos serviços de saúde.

Ressalta-se que, nas tabelas 1, 2, 6, 7 e 8, os dados foram separados da seguinte forma: grupo de enfermeiros (n=77) dos hospitais que implementaram a LVSC e grupo de enfermeiros (n=14) das instituições de saúde que não implantaram a ferramenta. Além disso, a descrição desses resultados foi realizada separadamente para os dois grupos de enfermeiros.

4.2.1. Caracterização dos enfermeiros: dados sociodemográficos

4.2.1.1. Caracterização dos enfermeiros atuantes em centro cirúrgicos dos hospitais que implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica

Em relação às características sociodemográficas, a maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (72; 93,5%) e cinco (6,5%) do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, 33 participantes (42,8%) eram casados, 28 (36,4%) solteiros, dez (13,0%) divorciados, cinco (6,5%) em união estável e um (1,3%) viúvo (Tabela 1).

A média de idade dos enfermeiros foi de 34,6 anos (desvio padrão=9,5), com idade mínima de 22 anos e a máxima de 59 anos. A média do tempo de atuação em

CC foi 5,6 anos (desvio padrão= 6,2), com variação entre dois meses e 30 anos. A maioria dos enfermeiros (63; 81,8%) respondeu não possuir outro vínculo empregatício, e 14 (18,2%) conciliavam outras atividades profissionais.

No que se refere à formação acadêmica, a média do tempo de conclusão da graduação foi 9,8 anos (desvio padrão=8,3), com variação entre um e 34 anos. A maioria dos enfermeiros (46; 59,7%) estudou em Instituição de Ensino Superior (IES) privada, 30 (39,0%) em pública e um (1,3%) em comunitária. Em relação à formação complementar, 12 enfermeiros (15,6%) fizeram residência, sendo que nove (75,0%) na área de CC. Houve predomínio de enfermeiros especialistas (pós-graduação *lato sensu*), sendo 54 participantes (70,1%) e 19 (35,2%) eram especialistas em CC. Dos 77 enfermeiros, apenas 11 realizaram pós-graduação *stricto sensu*, sendo oito (10,4%) mestres e três (3,9%) doutores.

4.2.1.2 Caracterização dos enfermeiros atuantes em centro cirúrgicos dos hospitais que não implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica

Os enfermeiros deste grupo também eram predominantemente do sexo feminino (13; 92,9%), e somente um (7,1%) do sexo masculino. Em relação ao estado civil, sete participantes (50,0%) eram casados, três (21,4%) divorciados, dois (14,3%) com união estável e dois (14,3%) solteiros (Tabela 1).

A média de idade dos enfermeiros foi de 39,4 anos (desvio padrão=7,4), com idade mínima de 26 anos e a máxima de 50 anos. A média do tempo de atuação em CC foi 6,6 anos (desvio padrão= 5,6), com variação entre um e 21 anos. A maioria dos enfermeiros (11; 78,6%) não possuía outro vínculo empregatício com exceção de três (21,4%).

Em relação à formação acadêmica, a média do tempo de conclusão da graduação foi 13,1 anos (desvio padrão=6,2), com variação entre cinco e 28 anos. A maioria dos enfermeiros (9; 64,3%) graduou-se em IES privada e cinco (35,7%) em pública. A maioria dos enfermeiros (10; 71,4%) era especialista (pós-graduação *lato sensu*), sendo três (30,0%) na área de CC. Apenas dois enfermeiros (14,3%) realizaram pós-graduação *stricto sensu* (mestrado).

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis sociodemográficas.
Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	(N=77)	%	(N=14)	%
Sexo				
Feminino	72	93,5	13	92,9
Masculino	5	6,5	1	7,1
Estado civil				
Solteiro	28	36,4	2	14,3
Casado	33	42,8	7	50,0
Divorciado	10	13,0	3	21,4
Separado	-	-	-	-
Viúvo	1	1,3	-	-
União estável	5	6,5	2	14,3
Idade (anos)	34,6 (DP=9,5)**	-	39,4 (DP=7,4)**	-
Não informou	2	2,6	1	7,1
Tempo de atuação em CC*** (anos)	5,6 (DP=6,2)**	-	6,6 (DP=5,6)**	-
Outro emprego				
Sim	14	18,2	3	21,4
Não	63	81,8	11	78,6
Tempo de formação (anos)	9,8 (DP=8,3)**	-	13,1 (DP=6,2)**	-
Não informou	2	2,6	-	-
Instituição de ensino				
Pública	30	39,0	5	35,7
Privada	46	59,7	9	64,3
Comunitária	1	1,3	-	-
Formação complementar				
Residência				
Sim	12	15,6	-	-

continua

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	(N=77)	%	(N=14)	%
Não	65	84,4	14	100,0
Na área de CC	9	75,0	-	-
Outras áreas	2	16,7	-	-
Não informou	1	8,3	-	-
Pós-graduação				
<i>Lato sensu</i>				
Sim	54	70,1	10	71,4
Não	23	29,9	4	28,6
Na área de CC	19	35,2	3	30,0
Outras áreas	32	59,2	7	70,0
Não informou	3	5,6	-	-
<i>Stricto sensu</i> (mestrado)				
Sim	8	10,4	2	14,3
Não	69	89,6	12	85,7
<i>Stricto sensu</i> (doutorado)				
Sim	3	3,9	-	-
Não	74	96,1	14	100,0

conclusão

*LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

**Média aritmética (DP=Desvio Padrão) referente ao n válido=número de enfermeiros respondentes

***CC=Centro Cirúrgico

4.2.2 Caracterização dos hospitais e unidades de centro cirúrgico

Conforme mencionado anteriormente, 25 hospitais participaram do estudo. Dentre esses, a maioria (16; 64%) está localizada em Londrina e nove (36,0%) em Maringá, ambos municípios do estado do Paraná.

Em relação aos hospitais da cidade de Londrina (n=16), 11 (68,8%) são privados, três (18,7%) públicos e dois (12,5%) beneficentes sem fins lucrativos. Quanto ao tipo de hospital, 12 (75,0%) são gerais, dois (12,5%) de especialidades e

dois (12,5%) na modalidade hospital-dia. Em relação à implementação da LVSC, a maioria (11; 68,8%) dos hospitais implementou e utilizava a ferramenta no cotidiano do trabalho, e cinco instituições (31,2%) não haviam implantado.

Em relação aos hospitais do município de Maringá (n=9), sete (77,8%) são privados, um (11,1%) público e um (11,1%) beneficente sem fins lucrativos. Quanto ao tipo de instituição, seis (66,7%) são gerais, dois (22,2%) de especialidades e um (11,1%) hospital-dia. A maioria dos hospitais (5; 55,6%) implementou e utilizava a LVSC, e quatro (44,4%) não haviam implantado a ferramenta.

Na tabela 2, os resultados relativos à caracterização dos hospitais e unidades de CC foram apresentados por grupos de enfermeiros, conforme previamente explicitado.

4.2.2.1 Caracterização dos hospitais e unidades de centro cirúrgico que implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica

Os resultados evidenciaram que 28 enfermeiros (36,3%) trabalhavam em instituições hospitalares privadas, 27 (35,1%) em beneficentes sem fins lucrativos, 21 (27,3%) em públicas e um participante não informou. Em relação ao tipo de hospital, a maioria dos enfermeiros (66; 85,7%) atuava em hospital classificado como geral, nove (11,7%) de especialidades e dois (2,6%) em hospital-dia (Tabela 2).

A média do número de leitos foi 181,2 (desvio padrão=122,6), com variação entre dez e 397 leitos. A maioria dos enfermeiros (52; 67,5%) relatou que o hospital possuía o núcleo de segurança do paciente, oito (10,4%) não possuíam, 16 (20,8%) não sabiam e um participante não relatou o dado. No que se refere ao hospital possuir certificado de Acreditação Hospitalar, 31 enfermeiros (40,2%) responderam que a instituição estava em processo de acreditação, 24 (31,2%) não possuíam, 16 (20,8%) tinham o certificado e seis (7,8%) não sabiam.

Em relação à unidade de CC, a média do número de salas cirúrgicas foi 6,7 (desvio padrão=2,9), com variação entre duas e doze salas de operação. A média do número de procedimentos cirúrgicos realizados anualmente foi 6.924,7 (desvio padrão=4.818,4), com número mínimo de 1.200 e máximo de 18.000 cirurgias.

4.2.2.2 Caracterização dos hospitais e unidades de centro cirúrgico que não implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica

Em relação à natureza da instituição hospitalar, nove enfermeiros (64,3%) trabalhavam em hospitais privados e cinco (35,7%) em públicos. A maioria dos profissionais atuava em hospital geral (10; 71,4%), três (21,4%) em hospital de especialidades e um (7,1%) em hospital-dia (Tabela 2).

A média do número de leitos foi 44,5 (desvio padrão=54,1), com variação entre três e 130 leitos. A metade dos enfermeiros (7; 50,0%) relatou que o hospital possuía o núcleo de segurança do paciente, seis (42,9%) não tinham e um (7,1%) não sabia. A maioria dos participantes (10; 71,4%) respondeu que a instituição não tinha o certificado de Acreditação Hospitalar, um (7,1%) possuía, um (7,1%) estava em processo de acreditação e dois (14,3%) não sabiam.

Em relação à unidade de CC, a média do número de salas cirúrgicas foi 2,8 (desvio padrão=1,0), com variação entre uma e cinco salas cirúrgicas. A média do número de procedimentos cirúrgicos realizados anualmente foi 2.304,9 (desvio padrão=1.348,9), com número mínimo de 190 e máximo de 4.000 cirurgias.

Tabela 2 – Caracterização dos hospitais e unidades de centro cirúrgico segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Natureza da instituição				
Pública	21	27,3	5	35,7
Privada	28	36,3	9	64,3
Filantrópica	27	35,1	-	-
Não informou	1	1,3	-	-
Tipo de hospital				
Geral	66	85,7	10	71,4

continua

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Especialidades	9	11,7	3	21,4
Hospital-dia	2	2,6	1	7,1
Número de leitos	181,2	-	44,5	-
	(DP=122,6)**		(DP=54,1)**	
Não informou	21	27,3	3	21,4
Número de salas cirúrgicas	6,7 (DP=2,9)**	-	2,8 (DP=1,0)**	-
Número de procedimentos (realizados por ano)	6.924,7 (DP=4.818,4)**	-	2.304,9 (DP=1.348,9)**	-
Núcleo de Segurança do Paciente				
Sim	52	67,5	7	50,0
Não	8	10,4	6	42,9
Não sei	16	20,8	1	7,1
Não informou	1	1,3	-	-
Acreditação Hospitalar				
Sim	16	20,8	1	7,1
Não	24	31,2	10	71,4
Em processo	31	40,2	1	7,1
Não sei	6	7,8	2	14,3

conclusão

*LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

**Média aritmética (DP=Desvio Padrão) referente ao n válido=número de enfermeiros que informaram

4.2.3 Caracterização do processo de implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica

Os resultados evidenciados sobre o processo de implementação (tabela 3) e uso diário da LVSC (tabelas 4 e 5) foram obtidos pelas respostas dos enfermeiros que atuavam nos hospitais que haviam implantado a ferramenta (n=77).

Em relação ao processo de implementação da LVSC, verificou-se que a média de tempo em que a ferramenta estava implementada foi de 27,8 meses (desvio padrão=21,4), o que corresponde, aproximadamente, a dois anos e três meses, com variação entre dois e 72 meses, ou seja, seis anos (Tabela 3).

Quanto ao formato da LVSC adotado para uso nos hospitais, dos 77 enfermeiros respondentes, 35 (45,4%) responderam que dois ou mais formatos da ferramenta estavam disponíveis para utilização em sala cirúrgica, abrangendo o formato impresso e em formato de pôster instalado na parede da sala cirúrgica (13; 16,9%); impresso e eletrônico (13; 16,9%); formato eletrônico e pôster (3; 3,9%); e impresso, eletrônico e pôster (6; 7,8%). A opção de formato único da LVSC também foi indicada pelos participantes, sendo que 34 (44,2%) indicaram o formato impresso, seis o eletrônico (7,8%) e dois (2,6%) o pôster fixado em sala cirúrgica.

No que se refere ao profissional que teve a iniciativa para a implementação da LVSC nos hospitais, os participantes atribuíram os percentuais maiores aos enfermeiros, a saber: 49 (63,6%) ao enfermeiro do CC, 48 (62,3%) ao enfermeiro coordenador do CC e 38 (49,4%) ao gerente de enfermagem (no instrumento de coleta de dados para esta pergunta os participantes poderiam responder mais que uma opção). Em relação às outras categorias profissionais, 26 participantes (33,8%) atribuíram a iniciativa ao anestesista ou chefe do serviço de anestesia, 14 (18,2%) ao diretor administrativo e 12 (15,6%) ao cirurgião ou chefe do serviço de cirurgia. Outros responsáveis foram mencionados por dez enfermeiros (13,0%), a saber: cinco (6,5%) destacaram os enfermeiros de outros setores (setor de qualidade, núcleo de segurança do paciente ou educação permanente); quatro (5,2%), docentes e residentes de enfermagem; e um (1,3%), a equipe de enfermagem.

Em relação ao planejamento do processo de implementação da LVSC, as respostas foram similares ao item anterior, ou seja, os participantes atribuíram os percentuais maiores aos enfermeiros, na seguinte distribuição: 55 (71,4%) enfermeiro do CC, 44 (57,1%) enfermeiro coordenador do CC e 33 (42,9%) gerente de enfermagem (no instrumento de coleta de dados para esta pergunta os participantes também poderiam responder mais que uma opção). A seguir, os participantes apontaram o anestesista ou chefe do serviço de anestesia (25; 32,5%), o cirurgião ou chefe do serviço de cirurgia (12; 15,6%), seis (7,8%) o diretor administrativo e nove (11,7%) outros profissionais, os quais eram residentes e docentes de enfermagem (5;

6,5%), dois (2,6%) enfermeiros do setor de educação permanente, um (1,3%) equipe de enfermagem e um (1,3%) direção médica do hospital.

Durante o processo de implementação da LVSC nos hospitais, a maioria dos participantes (65; 84,4%) respondeu que houve realização de programa educacional sobre a ferramenta, entretanto 12 (15,6%) indicaram que a estratégia educacional não foi ofertada para a equipe cirúrgica. Quanto ao conteúdo abordado no programa educacional, a ênfase foi no porquê e como usar a LVSC para a totalidade dos enfermeiros respondentes (n=65).

No que se refere ao responsável pela condução da checagem diária da LVSC em sala cirúrgica, os participantes apontaram os percentuais maiores ao circulante de sala cirúrgica (59; 76,6%), seguido pelo enfermeiro do CC (43; 55,8%); 18 respostas (23,4%) para o enfermeiro coordenador do CC, 11 (14,3%) anestesista, três (3,9%) cirurgião e 15 (19,5%) outros profissionais, dentre os quais 11 instrumentadores (14,3%) e quatro residentes de enfermagem (5,2%).

Tabela 3 – Caracterização do processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	N=77	Porcentagem (%)
Tempo de implementação (meses)	27,8 (DP=21,4)*	-
Não informou	9	11,7
Formato da LVSC**		
Impresso	34	44,2
Eletrônico	6	7,8
Pôster fixado na sala cirúrgica	2	2,6
Outros (dois ou mais formatos)	35	45,4
Iniciativa da implementação		
Cirurgião /chefe da cirurgia	12	15,6
Enfermeiro de CC***	49	63,6
Gerente de enfermagem	38	49,4
Anestesista/chefe da anestesia	26	33,8

continua

Variáveis	N=77	Porcentagem (%)
Enfermeiro coordenador do CC	48	62,3
Diretor administrativo	14	18,2
Outros	10	13,0
Planejamento da implementação		
Cirurgião/chefe da cirurgia	12	15,6
Enfermeiro de CC	55	71,4
Gerente de enfermagem	33	42,9
Anestesista/chefe da anestesia	25	32,5
Enfermeiro coordenador	44	57,1
Diretor administrativo	6	7,8
Outros	9	11,7
Programa educacional para a equipe cirúrgica		
Sim	65	84,4
Não	12	15,6
Responsável pela checagem		
Cirurgião	3	3,9
Enfermeiro coordenador	18	23,4
Anestesista	11	14,3
Enfermeiro do CC	43	55,8
Circulante	59	76,6
Outros	15	19,5

conclusão

*Média (DP=Desvio Padrão) referente ao n válido=número de enfermeiros respondentes

**LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

***CC=Centro Cirúrgico

Em relação à adesão ao uso diário da LVSC pela equipe cirúrgica, a maioria dos enfermeiros (52; 67,5%) relatou que a equipe cirúrgica adere parcialmente ao uso dessa ferramenta; 21 (27,3%), que a equipe cirúrgica tem adesão total; e quatro (5,2%), que a equipe cirúrgica não adere (Tabela 4).

No estudo investigou-se também se houve incremento na adesão ao uso da LVSC pela equipe cirúrgica, desde a sua implantação no serviço de saúde, sendo que 50 participantes (64,9%) apontaram melhoria na adesão ao uso da ferramenta, entretanto, para 26 enfermeiros (33,8%), a adesão não aumentou, e um (1,3%) não sabia.

Para os enfermeiros que relataram ter ocorrido incremento na adesão ao uso da LVSC (n=50), questionaram-se quais foram os fatores contribuintes para tal situação. Essas respostas foram categorizadas em: a) fatores relacionados à equipe cirúrgica (n=14); b) relacionados ao processo de implementação da LVSC (n=10); c) relacionados aos resultados obtidos (n=19); e d) relacionados à política de segurança do paciente (n=2). Cinco participantes (10,0%) não informaram os dados solicitados. Os fatores relacionados à equipe cirúrgica (n=14) foram: a tomada de consciência sobre a importância da LVSC pela equipe cirúrgica, dado indicado por oito participantes (16,0%) e atitudes dos enfermeiros na opinião de quatro profissionais (8,0%). Essas atitudes incluíram o incentivo da gerência de enfermagem e enfermeiro coordenador do CC (n=1), cobrança diária dos enfermeiros (n=2) e persistência dos enfermeiros (n=1). As atitudes de profissionais não enfermeiros, para dois participantes (4,0%), abrangeram persistência do anestesista em estimular o uso da ferramenta e o envolvimento do circulante de sala com a checagem (n=1) e participação ativa do diretor médico (n=1).

Os fatores relativos ao processo de implementação da LVSC (n=10) que contribuíram para incrementar a adesão ao uso desta ferramenta foram: a realização de programa educacional para a implementação da LVSC e a educação permanente para orientação do seu uso diário, dado relatado por oito participantes (16,0%); um enfermeiro (2,0%) indicou a liderança para estimular o uso diário da ferramenta, e um (2,0%) mencionou o tempo de vigência de seu uso, ou seja, o tempo de utilização desde a implementação colaborou para melhorar a adesão.

Os fatores referentes aos resultados obtidos, considerados pelos participantes (n=19) como contribuintes para o incremento da adesão ao uso da LVSC, foram a segurança do paciente, da equipe e da cirurgia, dado relatado por 14 enfermeiros (28,0%), redução de eventos adversos por três (6,0%), e melhoria dos processos em CC, comunicação e assistência por dois (4,0%).

Os fatores relacionados à política de segurança do paciente foram mencionados por dois enfermeiros (4,0%), mais especificamente os profissionais

acreditavam que a existência de política ministerial e institucional voltada para a segurança do paciente foram aspectos que incentivaram o uso da LVSC e acarretaram a melhoria da adesão na utilização dessa ferramenta no serviço de saúde.

Em relação à adesão aos três momentos de checagem da LVSC (entrada, pausa e saída) pela equipe cirúrgica, 44 enfermeiros (57,1%) responderam que existe diferença na adesão entre as etapas de checagem, e 33 (42,9%) que não há diferença na adesão.

Na opinião dos enfermeiros que acreditavam ter diferença na adesão entre os três momentos de checagem pela equipe cirúrgica (n=44), 31 participantes (70,5%) apontaram que a entrada era a etapa que a equipe cirúrgica apresentava maior adesão, seguida pela pausa, etapa indicada somente por dois enfermeiros (4,5%). Seis participantes (13,6%) relataram duas etapas juntas, a saber: dois (4,5%) pausa e saída; três (6,8%) entrada e saída; e um (2,3%) entrada e pausa. Cinco enfermeiros (11,4%) não informaram os dados solicitados.

Em relação à etapa com menor adesão pela equipe, 16 enfermeiros (36,4%) indicaram a saída; 11 (25,0%), a pausa; seis (13,6%), as etapas pausa e saída; três (6,8%), a entrada; e oito participantes (18,2%) não informaram.

Dos 77 enfermeiros que atuavam nos hospitais que implementaram a LVSC, 64 (83,1%) afirmaram que existe diferença na adesão ao uso dessa ferramenta entre as categorias profissionais, 11 (14,3%) relataram a ausência de diferença, e dois (2,6%) não informaram o dado.

Segundo os participantes (n=64) que informaram existir diferença na adesão ao uso da LVSC entre os profissionais que trabalhavam na sala de operação, a equipe de enfermagem (48; 75,0%) tinha maior adesão, e para apenas um participante (1,6%) o anestesista foi a categoria com maior adesão. Para 13 enfermeiros (20,3%), duas categorias profissionais mais aderiram, a saber: sete (10,9%) a equipe de enfermagem e anestesistas, três (4,7%) os circulantes e anestesistas, dois (3,1%) o cirurgião e anestesista e somente um (1,6%) a equipe de enfermagem e cirurgiões. Dois enfermeiros (3,1%) não informaram o dado solicitado.

Em relação aos profissionais com menor adesão ao uso diário da LVSC, 35 enfermeiros (54,7%) relataram os cirurgiões; 11 (17,2%), os cirurgiões e anestesistas; quatro (6,2%), somente os anestesistas; quatro (6,2%), circulante de sala; e cinco (7,8%), outros profissionais, os quais incluíram: cirurgião e instrumentador para dois

participantes (3,1%), dois (3,1%) relataram todos os profissionais menos o enfermeiro, e um (1,6%) mencionou o instrumentador, cirurgião e anestesista. Ressalta-se que cinco enfermeiros (7,8%) não informaram os dados solicitados.

Tabela 4 – Caracterização da adesão ao uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica pela equipe cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	N=77	Porcentagem (%)
Adesão da equipe cirúrgica ao uso da LVSC*		
Total	21	27,3
Parcial	52	67,5
Ausência de adesão	4	5,2
Aumento na adesão desde a introdução da LVSC		
Sim	50	64,9
Não	26	33,8
Não sei	1	1,3
Fatores contribuintes para o incremento da adesão (n=50)		
Relacionados à equipe cirúrgica		
Tomada de consciência sobre a importância da LVSC pela equipe	8	16,0
Atitudes de enfermeiros	4	8,0
Atitudes de profissionais não enfermeiros	2	4,0
Relacionados ao processo de implementação		
Educação/ educação permanente	8	16,0
Liderança	1	2,0
Tempo de uso da LVSC	1	2,0
Relacionados aos resultados obtidos		
Redução de eventos adversos	3	6,0

continua

Variáveis	N=77	Porcentagem (%)
Melhoria da comunicação, processos e assistência	2	4,0
Segurança do paciente, equipe e cirurgia	14	28,0
Relacionados à política de segurança do paciente		
Incentivo da política nacional e institucional	2	4,0
Não informado	5	10,0
Diferença na adesão entre as etapas de checagem		
Sim	44	57,1
Não	33	42,9
Etapa de checagem da LVSC com maior adesão pela equipe (n=44)		
Entrada	31	70,5
Pausa	2	4,5
Saída	-	-
Outros	6	13,6
Não informado	5	11,4
Etapa de checagem da LVSC com menor adesão pela equipe (n=44)		
Entrada	3	6,8
Pausa	11	25,0
Saída	16	36,4
Outros	6	13,6
Não informado	8	18,2
Diferença na adesão à LVSC entre profissionais		
Sim	64	83,1
Não	11	14,3
Não informado	2	2,6
Categoria profissional com maior adesão (n=64)		
Equipe de enfermagem	48	75,0
Anestesista	1	1,6

continuação

Variáveis	N=77	Porcentagem (%)
Cirurgião	-	-
Outros	13	20,3
Não informado	2	3,1
Categoria profissional com menor adesão (n=64)		
Enfermeiro	-	-
Técnico de enfermagem/circulante de sala	4	6,2
Anestesista	4	6,2
Cirurgião	35	54,7
Cirurgião e anestesista	11	17,2
Outros	5	7,8
Não informado	5	7,8

conclusão

*LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Os resultados sobre a checagem diária da LVSC pela equipe cirúrgica foram apresentados na tabela 5. Assim, 56 participantes (72,7%) relataram que a checagem da LVSC ocorre verbalmente, sendo que 19 (24,7%) apontaram que essa checagem não é verbal, e dois (2,6%) não informaram os dados.

Dos 77 participantes, 27 (35,1%) afirmaram que, durante a checagem da LVSC, a equipe cirúrgica está presente, presta atenção e participa da checagem. Entretanto, a maioria dos enfermeiros (50; 64,9%) respondeu que a checagem não ocorre dessa forma. Para esses enfermeiros (n=50), questionou-se sobre como ocorre o momento da checagem, e, pautado nas informações obtidas, as respostas foram categorizadas em: a) distorções relacionadas à participação da equipe cirúrgica (n=41) e b) distorções relacionadas ao procedimento de checagem (n=4). Além disso, cinco respondentes (10,0%), os quais afirmaram que a checagem não era executada adequadamente, não informaram como o procedimento ocorria.

Em relação às distorções relacionadas à participação da equipe cirúrgica (n=41), 14 participantes (28,0%) indicaram que a checagem ocorre somente com a participação da equipe de enfermagem ou membro dessa equipe e destacaram que não é realizada verbalmente, 13 enfermeiros (26,0%) mencionaram que a checagem

ocorre sem a presença do cirurgião, seis (12,0%) apontaram que a checagem ocorre com a equipe incompleta sem mencionar os profissionais ausentes, para sete (14,0%) a checagem ocorre entre equipe de enfermagem e anestesista, e um enfermeiro (2,0%) relatou que a checagem varia de acordo com a equipe (especialidade cirúrgica) presente em sala cirúrgica.

As distorções relacionadas ao procedimento de checagem (n=4) foram: a checagem ocorre sem a verbalização dos itens, em que cada categoria profissional preenche os itens relacionados à sua função ou procedimentos que executa em sala cirúrgica (2; 4,0%); a checagem ocorre sem a verbalização dos itens, e o registro da checagem não é realizado no exato momento da entrada, pausa e saída (1; 2,0%); e apenas um enfermeiro (2,0%) indicou que a checagem da LVSC ocorre somente quando dá tempo.

Dos 77 enfermeiros, 57 (74,0%) responderam que todos os itens da LVSC eram preenchidos em sala cirúrgica, entretanto 19 (24,7%) indicaram a existência de itens da ferramenta que não eram checados, e um profissional (2,0%) não informou o dado.

Dos 19 enfermeiros que responderam sobre a existência de itens da LVSC que não eram checados, questionaram-se quais seriam, sendo que quatro participantes (21,0%) apontaram os itens pertencentes à entrada, dentre os quais a marcação de lateralidade (n=1), investigação sobre o uso de medicamentos e cirurgia prévia (n=2) e via aérea difícil (n=1). Para cinco participantes (26,3%) foram os itens pertencentes à pausa, a saber: duração estimada da cirurgia (n=1), antecipação de risco adicional (n=1), todos os itens pertencentes à pausa (n=2) e questões/preocupações com equipamentos (n=1).

Cinco enfermeiros (26,3%) relataram que foram os itens pertencentes à saída, sendo que todos indicaram a contagem cirúrgica, e um (5,3%), os itens que estavam duplicados na LVSC ou itens que não se aplicavam a determinada cirurgia.

Além dos dados mencionados, dois participantes (10,5%) apontaram os itens relacionados a duas etapas da LVSC, a saber: previsão de perda sanguínea (entrada) e contagem cirúrgica (saída) (n=1) e questões relacionadas aos equipamentos (pausa) e contagem cirúrgica (saída) (n=1). Dois enfermeiros (10,5%) não informaram os dados.

Tabela 5 – Caracterização da checagem diária da lista de verificação de segurança cirúrgica pela equipe cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	N=77	Porcentagem (%)
Checagem verbal da LVSC* pela equipe		
Sim	56	72,7
Não	19	24,7
Não informou	2	2,6
Equipe cirúrgica completa presente, presta atenção e participa da checagem		
Sim	27	35,1
Não	50	64,9
Distorções relacionadas à checagem relativas à equipe cirúrgica (n=41)		
Sem a presença do cirurgião	13	26,0
Equipe incompleta sem mencionar a categoria profissional ausente	6	12,0
Somente pela equipe de enfermagem ou membro dessa equipe e sem checagem verbal	14	28,0
Entre equipe de enfermagem e anestesista	7	14,0
Varia de acordo com a equipe (especialidade cirúrgica) presente em sala cirúrgica	1	2,0
Distorções relacionadas ao procedimento de checagem (n=4)		
Checagem sem verbalizar, cada categoria faz sua parte	2	4,0
Preenchimento do instrumento sem verbalizar e itens não são checados nos momentos exatos	1	2,0
Realizada quando dá tempo	1	2,0
Não informado	5	10,0

continua

Variáveis	N=77	Porcentagem (%)
Existência de itens da LVSC que não são checados		
Sim	19	24,7
Não	57	74,0
Não informado	1	1,3
Itens que habitualmente não são checados (n=19)		
Entrada	4	21,0
Pausa	5	26,3
Saída	5	26,3
Itens duplicados na LVSC ou que não se aplicavam	1	5,3
Itens relacionados a duas etapas	2	10,5
Não informado	2	10,5

conclusão

*LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Em relação ao processo de implementação da LVSC relatado pelos enfermeiros dos hospitais que não implantaram a LVSC (n=14), inicialmente foi questionado se os participantes conheciam a ferramenta, sendo que a totalidade respondeu de forma afirmativa. A maioria (12; 85,8%) afirmou que existe a possibilidade de implementação futura da LVSC no hospital, um (7,1%) não sabia, e um (7,1%) respondeu de forma negativa.

No questionamento sobre como os participantes tinham a informação/conhecimento, uma vez que a LVSC não estava em uso no hospital, cinco enfermeiros (35,7%) indicaram artigo científico; cinco (35,7%), em curso de atualização profissional promovido por outras instituições; três (21,4%) responderam que foi durante o curso de graduação; dois (14,3%), em curso de pós-graduação; dois (14,3%), por meio de mídia eletrônica, ou seja, dispositivos com conexão à internet; e um (7,1%), em curso de atualização profissional promovido no próprio hospital (no instrumento de coleta de dados, para esta pergunta os participantes poderiam responder mais que uma opção).

4.2.4 Benefícios da lista de verificação de segurança cirúrgica para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde

Na tabela 6, foram apresentados os resultados sobre os benefícios da LVSC para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde, segundo a opinião dos enfermeiros. Conforme já mencionado, os dados foram apresentados por grupos de enfermeiros.

4.2.4.1 Benefícios do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde, na opinião dos enfermeiros que atuavam nos hospitais que implementaram a ferramenta

Quase a totalidade (76; 98,7%) dos enfermeiros que atuavam nos hospitais que implementaram a LVSC afirmou que a ferramenta trouxe benefícios para o paciente/equipe cirúrgica e/ou hospital.

Em relação aos benefícios para o paciente, o percentual maior foi atribuído à promoção da segurança do paciente (74; 96,1%); 66 enfermeiros (85,7%) apontaram a prevenção de eventos adversos; 50 (64,9%), o incremento da confiança do paciente na assistência; 29 (37,7%), redução da ansiedade, tensão e medo do paciente em relação à cirurgia; e oito (10,4%) destacaram outros benefícios, a saber: melhoria de processos e procedimentos clínicos que culminou na melhoria da qualidade da assistência cirúrgica (Tabela 6).

Para a equipe cirúrgica, o percentual maior foi conferido à oportunidade de diálogo, com socialização de informações relevantes sobre o paciente, preocupações, planejamento do cuidado e tomada de decisão coletiva na equipe cirúrgica (64; 83,1%), seguido pela melhoria do trabalho em equipe para 59 enfermeiros (76,6%) e melhoria da comunicação na sala cirúrgica também para 59 participantes (76,6%); nove enfermeiros (11,7%) indicaram outros benefícios, e dois (2,6%) apontaram que a LVSC não trouxe benefícios para a equipe cirúrgica.

Quanto aos benefícios da LVSC para o CC e/ou hospitais, o percentual maior foi atribuído à melhoria da qualidade do cuidado oferecido ao paciente (72; 93,5%);

para 57 participantes (74,0%); foi a melhoria da cultura de segurança no CC; 53 enfermeiros (68,8%) apontaram o incremento na eficiência em sala cirúrgica; 49 (63,6%), a redução de custos hospitalares ocasionada pela prevenção de eventos adversos; 45 (58,4%) afirmaram que os benefícios da implementação superaram as dificuldades; e para 35 (45,5%), a redução de custos hospitalares devido à otimização da eficiência em sala cirúrgica.

Os resultados mencionados abordaram os benefícios do uso da LVSC para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde. Para os enfermeiros que responderam que a LVSC trouxe como benefício a prevenção de eventos adversos para o paciente (n=66), perguntou-se também quais foram os eventos adversos prevenidos pelo uso da ferramenta. Esses eventos adversos foram apresentados por tipos de incidentes, caracterização pautada na estrutura conceitual para classificação internacional de segurança do paciente, elaborada por membros da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Assim, os tipos de incidentes foram classificados em: a) incidentes relacionados aos processos clínicos; b) incidentes relacionados aos dispositivos/equipamentos médicos; c) incidentes relacionados aos medicamentos/processos de utilização de fluidos; e d) outros: dois ou mais tipos de incidentes foram prevenidos.

Os incidentes relacionados aos processos clínicos (n=33) foram apontados pelos participantes na seguinte distribuição: 27 enfermeiros (41,0%) indicaram a prevenção de paciente, procedimento ou local errado; três (4,5%), o preparo inadequado que culminou em atraso ou suspensão da cirurgia; um (1,5%), o procedimento técnico executado incorretamente em sala cirúrgica (sonda para cateterismo urinário seria insuflada e posicionada incorretamente); um (1,5%), a retenção cirúrgica inadvertida; e um (1,5%) paciente, procedimento ou local errado e retenção cirúrgica inadvertida.

Apenas três participantes indicaram incidentes relacionados aos dispositivos/equipamentos médicos, sendo dois (3,0%) relativos a dispositivos e/ou equipamentos indisponíveis, e um (1,5%) a equipamento sem condições de uso, falha ou avaria.

Em relação aos incidentes relacionados aos medicamentos/processos de utilização de fluidos, dois enfermeiros (3,0%) informaram que o uso da LVSC possibilitou a prevenção de reação alérgica medicamentosa.

Na categoria outros, os enfermeiros (11; 16,7%) relataram a prevenção de dois ou mais tipos de incidentes, a saber:

- incidentes relacionados aos processos clínicos (paciente, procedimento e local errado) e dispositivos/equipamentos médicos (uso de material inadequado) (n=1);
- incidentes relacionados aos medicamentos/processos de utilização de fluidos (reação alérgica medicamentosa) e acidente com o paciente (envolvendo contato com equipamento, exposição à eletricidade, queimadura) (n=1);
- incidentes relacionados aos medicamentos/processos de utilização de fluidos (erro de medicação), processos clínicos (paciente, procedimento e local errado) e acidente com o paciente (envolvendo contato com equipamentos, exposição à eletricidade, queimadura) (n=1);
- incidentes relacionados aos processos clínicos (paciente, procedimento e local errado) e aos medicamentos/processos de utilização de fluidos (reação alérgica medicamentosa) (n=5);
- incidentes relacionados aos processos clínicos (paciente, procedimento e local errado) e a sangue/hemoderivados (previsão e provisão) (n=2);
- incidentes relacionados aos processos clínicos (paciente, procedimento e local errado e retenção cirúrgica inadvertida) e aos medicamentos/processos de utilização de fluidos (reação alérgica medicamentosa) (n=1);

Ressalta-se ainda que 17 enfermeiros (25,8%) responderam que a LVSC contribuiu para prevenção de eventos adversos, entretanto não informaram quais foram os eventos adversos prevenidos.

4.2.4.2 Benefícios do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde, na opinião dos enfermeiros atuantes nos hospitais que não implementaram a ferramenta

Para a totalidade dos enfermeiros (n=14), o uso da LVSC pode trazer benefícios para o paciente/equipe cirúrgica e/ou hospital. Em relação aos benefícios para o paciente, os percentuais maiores foram atribuídos à promoção da segurança do paciente (13; 92,9%) e a prevenção de eventos adversos (13; 92,9%), seguido pelo incremento da confiança do paciente na assistência (9; 64,3%), redução da

ansiedade, tensão e medo do paciente em relação à cirurgia (7; 50,0%) e apenas um enfermeiro (7,1%) destacou outros benefícios, ou seja, a melhoria da comunicação com o paciente.

No que se refere aos benefícios da LVSC para a equipe cirúrgica, os percentuais maiores foram conferidos à oportunidade de diálogo, com socialização de informações relevantes sobre o paciente, preocupações, planejamento do cuidado e tomada de decisão coletiva na equipe cirúrgica (12; 85,7%) e melhoria da comunicação na sala cirúrgica (12; 85,7%). A seguir, os participantes apontaram a melhoria do trabalho em equipe (11; 78,6%), e um (7,1%) mencionou a segurança da equipe cirúrgica como outros benefícios.

Em relação aos benefícios da LVSC para o CC e/ou hospitais, o maior percentual foi atribuído à melhoria da qualidade do cuidado (12; 85,7%), seguido pelo incremento na eficiência em sala cirúrgica (11; 78,6%), redução de custos hospitalares pela prevenção de eventos adversos (9; 64,3%), os benefícios da implementação superaram as dificuldades (9; 64,3%), melhoria da cultura de segurança no CC (8; 57,1%), redução de custos hospitalares devido à otimização da eficiência em sala cirúrgica (6; 42,9%), e apenas um participante (7,1%) mencionou possuir um protocolo de segurança para padronizar o procedimento como outros benefícios.

Tabela 6 – Caracterização dos benefícios da lista de verificação de segurança cirúrgica para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Benefícios para os pacientes				
Promoção da segurança do paciente	74	96,1	13	92,9
Incremento da confiança do paciente na assistência	50	64,9	9	64,3
Redução da ansiedade, tensão e medo em relação à cirurgia	29	37,7	7	50,0

continua

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Prevenção de eventos adversos	66	85,7	13	92,9
Outros benefícios	8	10,4	1	7,1
Benefícios para a equipe cirúrgica				
Melhoria da comunicação	59	76,6	12	85,7
Oportunidade de diálogo, com socialização de informações relevantes sobre o paciente, melhor planejamento do cuidado e tomada de decisões coletivas	64	83,1	12	85,7
Melhoria do trabalho em equipe	59	76,6	11	78,6
Outros benefícios	9	11,7	1	7,1
Nenhum benefício para a equipe	2	2,6	-	-
Benefícios para o CC** e/ou hospital				
Melhoria da qualidade do cuidado	72	93,5	12	85,7
Incremento da eficiência na sala cirúrgica	53	68,8	11	78,6
Melhoria da cultura de segurança no CC	57	74,0	8	57,1
Redução de custos hospitalares pela prevenção de eventos adversos	49	63,6	9	64,3
Redução de custos hospitalares devido à otimização da eficiência em sala cirúrgica	35	45,5	6	42,9
Os benefícios adquiridos superaram dificuldades para implementar a LVSC	45	58,4	9	64,3
Outros benefícios	-	-	1	7,1

conclusão

*LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

**CC=Centro Cirúrgico

4.2.5 Facilitadores para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Na tabela 7, apresentam-se os resultados referentes aos facilitadores para a implementação da LVSC nos hospitais, segundo a opinião dos enfermeiros que vivenciaram o processo de implantação e o seu uso diário (n=77), e os facilitadores para os enfermeiros dos hospitais que não implantaram a ferramenta (n=14). Os dados foram categorizados em: a) organizacionais, b) processo de implementação e c) equipe cirúrgica.

4.2.5.1 Facilitadores para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde, na opinião dos enfermeiros atuantes nos hospitais que implantaram a ferramenta

Em relação aos facilitadores organizacionais, o percentual maior atribuído pelos participantes foi o apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem (54; 70,1%). A seguir, 38 enfermeiros (50,6%) apontaram o CC possuir recursos materiais adequados para cumprir a checagem da LVSC; 31 (40,3%), o hospital possuir o núcleo de segurança do paciente; e 28 (36,4%), o apoio da administração do hospital (Tabela 7).

A adaptação da LVSC para atender as necessidades locais (46; 59,7%) e o monitoramento da prática de uso da ferramenta (43; 55,8%) foram os dois facilitadores relacionados ao processo de implementação com percentuais maiores. A seguir, 31 participantes (40,3%) apontaram a realização de teste piloto antes da introdução da lista para uso em sala cirúrgica; 28 (36,4%), a oferta de programa educacional; 23 (29,9%), o envolvimento/participação da equipe cirúrgica na etapa de planejamento antes da introdução efetiva da LVSC em sala cirúrgica; 17 enfermeiros (22,1%) relataram a introdução gradual da LVSC (inicialmente apenas em uma sala cirúrgica); e 13 (16,9%), o envolvimento de pacientes no processo de introdução da lista em sala cirúrgica.

Os facilitadores referentes à equipe cirúrgica relatados pelos enfermeiros, com percentuais maiores, foram a aceitação do uso da LVSC pela equipe de enfermagem (66; 85,7%), e 38 participantes (49,4%) indicaram a presença de profissional no CC que exerceu liderança efetiva, estimulou, apoiou e participou da implementação da ferramenta. A seguir, 33 enfermeiros (42,9%) responderam a aceitação do uso da LVSC pelos anestesistas, e 23 (29,9%) a aceitação do uso da LVSC pelos cirurgiões.

4.2.5.2. Facilitadores para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde, na opinião dos enfermeiros atuantes nos hospitais que não implantaram a ferramenta.

Dos 14 enfermeiros respondentes, os facilitadores organizacionais relatados foram o apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem (10; 71,4%), o hospital possuir o núcleo de segurança do paciente (8; 57,1%) e o apoio da administração do hospital (6; 42,9%).

Em relação aos facilitadores relacionados ao processo de implementação, os participantes responderam a oferta de programa educacional (11; 78,6%), realização de teste piloto antes da introdução da lista para uso em sala cirúrgica (9; 64,3%), envolvimento/participação da equipe cirúrgica na etapa de planejamento antes da introdução efetiva da LVSC em sala cirúrgica (8; 57,1%), introdução gradual da LVSC, inicialmente em apenas uma sala cirúrgica (6; 42,9%), monitoramento da prática de uso (6; 42,9%) e envolvimento de pacientes no processo de introdução da lista em sala cirúrgica (3; 21,4%).

A presença de profissional no CC para exercer liderança efetiva (10; 71,4%) e a aceitação do uso da LVSC pela equipe de enfermagem ou pelos cirurgiões ou pelos anestesistas (cada resposta foi indicada por nove participante; 64,3%) foram os facilitadores referentes à equipe cirúrgica.

Tabela 7 – Caracterização dos facilitadores para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Organizacionais				
Apoio da administração do hospital	28	36,4	6	42,9
Apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem	54	70,1	10	71,4
Hospital possuir núcleo de segurança do paciente	31	40,3	8	57,1
CC** possuir infraestrutura adequada para cumprir os itens da LVSC***	38	50,6	-	-
Processo de implementação				
Participação da equipe cirúrgica na etapa de planejamento	23	29,9	8	57,1
Oferta de programa educacional para a equipe cirúrgica	28	36,4	11	78,6
Realização de teste piloto	31	40,3	9	64,3
Introdução gradual da LVSC nas salas cirúrgicas	17	22,1	6	42,9
Envolvimento dos pacientes na introdução da LVSC em sala cirúrgica	13	16,9	3	21,4
Monitoramento da prática de uso da LVSC	43	55,8	6	42,9
Adaptação da LVSC para atender as necessidades locais***	46	59,7	-	-

continua

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Equipe cirúrgica				
Liderança presente em CC para estimular o uso da LVSC	38	49,4	10	71,4
Aceitação pela equipe de enfermagem	66	85,7	9	64,3
Aceitação pelos cirurgiões	23	29,9	9	64,3
Aceitação pelos anestesistas	33	42,9	9	64,3

conclusão

*LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

**CC=Centro Cirúrgico

***questão respondida somente pelos enfermeiros dos hospitais que implementaram a LVSC

4.2.6 Barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Na tabela 8, foram apresentados os resultados sobre as barreiras para a implementação da LVSC segundo a opinião dos enfermeiros que vivenciaram o processo de implantação e uso diário da ferramenta (n=77) e as barreiras relatadas pelos participantes atuantes em hospitais que não implementaram a ferramenta (n=14). Os dados foram categorizados em: a) organizacionais, b) processo de trabalho, c) processo de implementação e d) equipe cirúrgica.

4.2.6.1. Barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde, na opinião dos enfermeiros atuantes nos hospitais que implantaram a ferramenta

As barreiras organizacionais relatadas pelos enfermeiros (n=77) foram a falta de apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem (31; 40,3%), CC possuir infraestrutura inadequada para cumprir os itens de checagem (19; 24,7%), ausência do núcleo de segurança do paciente (14; 18,2%) e falta de apoio da administração do hospital (11; 14,3%).

A sobrecarga de trabalho (40; 51,9%), a falta de tempo para cumprir a checagem da LVSC (40; 51,9%) e a alta rotatividade de pessoal no CC (32; 41,6%) foram as barreiras relacionadas ao processo de trabalho respondidas pelos participantes da pesquisa.

As barreiras relativas ao processo de implementação apontadas pelos participantes foram a falta de monitoramento da prática de uso (28; 36,4%), problema com o *design* da lista (26; 33,8%), tais como: duplicação de itens e itens que não se aplicam às especificidades locais, imposição do uso da lista pela chefia, sem envolvimento da equipe no planejamento (13; 16,9%), não realização de teste piloto, ou seja, simulação de uso em sala cirúrgica, antes da introdução da lista para uso efetivo (12; 15,6%), não realização de programa educacional para capacitar a equipe cirúrgica para a adequada utilização da lista (11; 14, 3%) e introdução da lista para uso em sala cirúrgica, de maneira abrupta e sem planejamento prévio (8;10,4%).

A maioria dos enfermeiros (40; 51,9%) indicou a descrença sobre os benefícios do uso da LVSC por membros da equipe como barreira referente à equipe cirúrgica. A seguir, 37 participantes (48,1%) relataram a resistência ou não aceitação ao uso da lista pelos cirurgiões; 26 (33,8%), a resistência ou não aceitação dos técnicos de enfermagem; 20 (26,0%), a hierarquia existente entre as categorias profissionais; 19 (24,7%), a resistência ou não aceitação dos anestesistas; 17 (22,1%), as dificuldades na comunicação e trabalho em equipe; nove (11,7%), ausência de profissional que pudesse exercer liderança neste processo; e oito (10,4%), a resistência ou não aceitação dos enfermeiros.

4.2.6.2. Barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde, na opinião dos enfermeiros atuantes nos hospitais que não implantaram a ferramenta.

Em relação às barreiras organizacionais relatadas pelos enfermeiros (n=14), a maioria (10; 71,4%) indicou a falta de apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem, seguida pela ausência do núcleo de segurança do paciente (8; 57,1%) e falta de apoio da administração hospitalar (7; 50,0%).

A falta de tempo para cumprir a checagem da LVSC (9; 64,3%), sobrecarga de trabalho (7; 50,0%) e alta rotatividade de pessoal no CC (5; 35,7%) foram as barreiras relativas ao processo de trabalho.

Dentre as barreiras referentes ao processo de implementação da LVSC, a ausência de programa educacional para capacitar a equipe cirúrgica obteve percentual maior no relato dos participantes (11; 78,6%), seguida pela falta de monitoramento da prática de uso (8; 57,1%). A introdução da lista para uso em sala cirúrgica, de maneira abrupta e sem planejamento prévio foi apontada por sete participantes (50,0%), a não realização de teste piloto, ou seja, simulação de uso em sala cirúrgica, antes da introdução da lista por cinco (35,7%) e imposição do uso da lista pela chefia, sem envolvimento da equipe no planejamento por quatro participantes (28,6%).

Das barreiras relacionadas à equipe cirúrgica, a resistência ou não aceitação ao uso da lista pelos cirurgiões foi indicada por dez participantes (71,4%), três barreiras receberam o mesmo percentual, a saber: dificuldades na comunicação e trabalho em equipe, hierarquia existente entre as categorias profissionais e descrença sobre os benefícios do uso da LVSC por membros da equipe (cada barreira foi indicada por sete enfermeiros). Além destes dados, cinco enfermeiros (35,7%) apontaram a resistência ou não aceitação dos anestesistas ou dos técnicos de enfermagem; três (21,4%), a ausência de profissional que pudesse exercer liderança no processo; e dois (14,3%), a resistência ou não aceitação dos enfermeiros.

Tabela 8 – Caracterização das barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais segundo relato dos enfermeiros. Londrina, Maringá, PR, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Organizacionais				
Falta de apoio da administração do hospital	11	14,3	7	50,0
Falta de apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem	31	40,3	10	71,4
Ausência do núcleo de segurança do paciente	14	18,2	8	57,1
CC** possuir infraestrutura inadequada para cumprir os itens de checagem da LVSC***	19	24,7	-	-
Processo de trabalho				
Sobrecarga de trabalho no CC	40	51,9	7	50,0
Falta de tempo para cumprir a checagem	40	51,9	9	64,3
Alta rotatividade de pessoal no CC	32	41,6	5	35,7
Processo de implementação				
Imposição do uso da LVSC pela chefia, sem o envolvimento da equipe no planejamento	13	16,9	4	28,6
Introdução da LVSC de maneira abrupta na sala cirúrgica, sem planejamento prévio	8	10,4	7	50,0
Ausência de programa educacional para a equipe, antes da introdução da LVSC para uso em sala cirúrgica	11	14,3	11	78,6

continua

Variáveis	Implementação da LVSC*		Não implementação da LVSC	
	N=77	%	N=14	%
Não realização de teste piloto	12	15,6	5	35,7
Problema de <i>design</i> da LVSC: duplicação de itens/itens que não se aplicam***	26	33,8	-	-
Falta de monitoramento da prática de uso	28	36,4	8	57,1
Equipe cirúrgica				
Ausência de profissional no CC que exerça liderança	9	11,7	3	21,4
Dificuldades na comunicação e trabalho em equipe	17	22,1	7	50,0
Hierarquia existente entre as categorias profissionais	20	26,0	7	50,0
Resistência/não aceitação dos cirurgiões ao uso da LVSC	37	48,1	10	71,4
Resistência/não aceitação dos anestesistas ao uso da LVSC	19	24,7	5	35,7
Resistência/não aceitação dos enfermeiros ao uso da LVSC	8	10,4	2	14,3
Resistência/não aceitação de técnicos de enfermagem ao uso da LVSC	26	33,8	5	35,7
Descrença sobre benefícios da LVSC por membros da equipe	40	51,9	7	50,0

conclusão

*LVSC=Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

**CC=Centro Cirúrgico

***questão respondida somente pelos enfermeiros dos hospitais que implementaram a LVSC

5.1 DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

A implementação pode ser compreendida como uma série de esforços planejados para integrar uma inovação, iniciativa ou tecnologia dentro de uma organização (GREENHALGH et al., 2004). Em se tratando da LVSC, define-se implementação como uma série de ações a serem realizadas, abrangendo desde a ideia inicial de considerar a sua utilização, integração em sala cirúrgica com treinamento contínuo até adaptação em longo prazo (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

Conforme já mencionado, os 27 estudos primários incluídos na RI foram agrupados em três categorias, sendo 15 estudos na categoria processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (estudos 1 a 15); nove na categoria processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (estudos 16 a 24); e três na categoria facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (estudos 25 a 27). A seguir, apresenta-se a discussão dos estudos primários de acordo com cada categoria delimitada.

5.1.1 Processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

No contexto macro, o uso da ferramenta como incentivo ou imposição da política de saúde nacional ou regional foi destacado em sete estudos primários (estudos 4, 5, 10, 12, 13, 14 e 15) (HEALY, 2012; WAEHLE et al., 2012; NUGENT et al., 2013; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014; GUPTA; WONG; SCOTT, 2015; BERGS et al., 2015a).

Com relação às estratégias para introduzir a LVSC no serviço de saúde, na maioria das pesquisas agrupadas nesta categoria (n=12), os autores apontaram estratégias multifacetadas, caracterizadas pela combinação de diferentes ações

empreendidas no processo (estudos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9,10,11,12 e 13) (AVANSINO et al., 2011; DACKIEWICZ et al., 2012; LEVY et al., 2012; HEALY, 2012; WAEHLE et al., 2012; VICENTE et al., 2012; HANNAM et al., 2013; MORGAN et al., 2013; NUGENT et al., 2013; GAGLIARD et al., 2014; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014). Em contrapartida, os autores de três estudos descreveram estratégias específicas, com foco em programa de treinamento educacional e avaliação de indicadores (estudo 6) (BLISS et al., 2012), e estratégia de adaptação da lista (estudos 14 e 15) (GUPTA; WONG; SCOTT, 2015; BERGS et al., 2015a).

A seguir, apresentam-se as estratégias utilizadas para a introdução da LVSC descritas nos estudos primários desta categoria.

a) Composição de equipe para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica/recrutamento de liderança

A estratégia consistiu em identificar/convidar líderes e compor uma equipe de liderança, a qual foi empregada em 12 estudos primários (estudos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 13) (AVANSINO et al., 2011; DACKIEWICZ et al., 2012; LEVY et al., 2012; HEALY, 2012; WAEHLE et al., 2012; BLISS et al., 2012; VICENTE et al., 2012; HANNAM et al., 2013; MORGAN et al., 2013; GAGLIARD et al., 2014; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014).

Dentre as pesquisas elencadas, os autores informaram a forma como a liderança foi exercida, ou seja, liderança local comprometida para influenciar pedagogicamente a equipe com presença ativa nas salas cirúrgicas, incentivando a adesão de seus pares e assegurando o uso da LVSC (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); inclusão de outros líderes durante o processo (estudo 4) (HEALY, 2012); membros da equipe cirúrgica entrevistados destacaram pouco apoio de liderança hospitalar (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014); os autores mencionaram a existência de equipe responsável pela implementação em cada hospital e ausência de liderança foi considerada barreira pelos responsáveis pela implementação da LVSC (estudo 12) (SECANELL et al., 2014). De forma mais específica, no ambiente da sala cirúrgica, em um estudo, os autores descreveram que os enfermeiros coordenadores da checagem da LVSC exerceram liderança ativa, controle e exigiram atenção da equipe na checagem verbal (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012).

A categoria profissional dos líderes do processo de implementação ou demais características da composição da equipe foi mencionada nos estudos da seguinte forma: a equipe de implantação foi caracterizada como multidisciplinar (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); os autores mencionaram que a implementação da LVSC foi conduzida por comitê multidisciplinar (estudo 3) (LEVY et al., 2012); os líderes da implementação da LVSC nos hospitais da Austrália foram entrevistados, e a função exercida ou sua categoria profissional foram de gestores dos departamentos de saúde/hospitais/agências, profissionais de segurança/qualidade, cirurgiões, enfermeiros, e outros profissionais (estudo 4) (HEALY, 2012); enfermeiros foram mencionados como líderes da checagem da LVSC em sala cirúrgica (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012). Os autores descreveram que o processo foi conduzido por enfermeiros em cooperação com demais membros da equipe (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); a implementação foi conduzida pelos membros da iniciativa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da OMS e com o envolvimento de demais líderes neste processo (hospital 1) e pela comissão de qualidade e segurança cirúrgica do serviço (hospital 2) (estudo 8) (HANNAM et al., 2013). Os pesquisadores indicaram os representantes de todas as disciplinas perioperatórias, administração e residentes em anestesia (estudo 9) (MORGAN et al., 2013); na maioria, os enfermeiros foram os responsáveis/líderes do planejamento da implementação da LVSC (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014); os responsáveis pela implantação da lista foram os membros da gestão dos serviços de saúde e outros representantes dos serviços cirúrgicos nos hospitais investigados (estudo 13) (SATURNO et al., 2014).

b) Planejamento

O planejamento cuidadoso de estratégias/ações a serem empreendidas é importante para que a introdução de novos procedimentos na prática clínica seja bem-sucedida (GROL; OUWENS; WOLLERSHEIM, 2013).

Apenas em dois estudos primários, os pesquisadores indicaram o planejamento da seguinte forma: houve descrição da fase estratégica para planejar a implementação da LVSC, o fornecimento de recursos organizacionais e a identificação de necessidades educacionais da equipe (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); os autores destacaram a existência da etapa de planejamento para a implantação da lista

e os responsáveis por conduzir essa estratégia informaram que houve pouco tempo para planejar e testar a inovação (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014).

c) Análise do contexto local

Antes da introdução da implementação de inovações e mudanças na prática clínica é recomendado analisar o local e o grupo-alvo para a avaliação diagnóstica sobre problemas, fatores que estimulam ou dificultam o processo de mudança (GROL; WENSING, 2013a).

Nesse sentido, a estratégia de análise do contexto local foi empregada nos estudos primários com diferentes propósitos, ou seja, para adaptar a lista à realidade local houve análise prévia da ocorrência de eventos adversos (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); na fase de diagnóstico situacional (um mês antes da implementação), para análise de práticas de segurança adotadas pela equipe cirúrgica e ocorrência de complicações cirúrgicas (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012), e ações empreendidas para identificar as necessidades educacionais da equipe, previamente à introdução da lista (estudo 7) (VICENTE et al., 2012).

d) Envolvimento do público-alvo

As estratégias para envolver a equipe cirúrgica na implementação da LVSC foram descritas, a saber: a equipe cirúrgica foi envolvida na adaptação da ferramenta para a realidade local (estudo 2 e 5) (DACKIEWICZ et al., 2012; WAEHLE et al., 2012); os líderes realizaram consulta ampla junto aos envolvidos durante o processo de implementação (estudo 4) (HEALY, 2012); após a introdução da ferramenta foram realizadas entrevistas e a composição de grupos de consenso para que os enfermeiros relatassem as dificuldades e propusessem estratégias para superá-las (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); o engajamento da equipe local para, coletivamente, ocorrer a busca de soluções possíveis para os problemas identificados relativos ao uso da LVSC (estudo 8) (HANNAM et al., 2013); a realização de reuniões presenciais permitiu a troca de ideias, experiências, dúvidas e constrangimentos vivenciados na implantação da LVSC (estudo 12) (SECANELL et al., 2014).

e) Adaptação da lista de verificação de segurança cirúrgica para o contexto local

A estratégia é fortemente recomendada pela OMS para a melhoria da integração da LVSC na prática clínica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Com exceção de um estudo primário (estudo 6) (BLISS et al., 2012), nas demais pesquisas adotou-se esta estratégia de diferentes formas, a saber: informações adicionais foram incluídas na adaptação para cirurgia pediátrica e adição de itens com base na avaliação de eventos adversos ocorridos previamente (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); os autores mencionaram somente a adaptação da lista para a realidade local (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); a LVSC foi adaptada da versão original da OMS (estudo 3) (LEVY et al., 2012); implementação de versão simplificada da LVSC (estudo 4) (HEALY, 2012); conteúdo revisado duas vezes com adaptação mediante *feedback* da equipe (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); a adaptação teve o objetivo de melhorar a integração da ferramenta ao fluxo de trabalho (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); a LVSC foi integrada a uma lista existente que continha apenas a etapa do *time out* (estudo 8) (HANNAM et al., 2013); a adaptação da LVSC para cirurgia ambulatorial com adição de itens específicos direcionados para o alcance de resultados positivos para os pacientes (estudo 9) (MORGAN et al., 2013); os hospitais optaram pela utilização de versão modificada (sem conter os 19 itens e sem itens adicionais) ou versão original (estudo 10) (NUGENT et al., 2013); a elaboração de uma ou várias versões para incorporar processos e práticas existentes (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014); a versão final da LVSC adaptada foi definida entre os especialistas e responsáveis pela implementação (estudo 12) (SECANELL et al., 2014); os autores destacaram que a LVSC foi adaptada em cada hospital (estudo 13) (SATURNO et al., 2014).

Devido à importância da adaptação da LVSC, em dois estudos primários, os autores investigaram a estratégia em si, os resultados similares em ambos demonstraram que as modificações efetuadas em relação à versão original da OMS variaram entre os hospitais e na adaptação para a realidade local, a maioria dos hospitais excluiu itens essenciais da ferramenta. Os autores sugeriram que as alterações realizadas podem prejudicar o alcance de benefícios nos resultados para o paciente cirúrgico em comparação com a versão original (estudos 14 e 15) (GUPTA; WONG; SCOTT, 2015; BERGS et al., 2015a).

f) Disseminação/divulgação

Para divulgar a inovação nos serviços de saúde, dois métodos podem ser utilizados, abordagem por meios de comunicação ou não personalizada, a qual inclui material escrito (fôlder, cartazes, boletins informativos), internet e mídia social (*website*, *e-mail*, novas mídias como o Facebook e o YouTube, *blogs*, videoconferências, dentre outros), e abordagem personalizada que abrange rede de comunicação, tais como: *network* social, opinião de líderes, *coach*, cursos educacionais e conferências, dentre outros (GROL; WENSING, 2013b).

A abordagem por meios de comunicação ou não personalizada foi empregada nas seguintes formas: divulgação da LVSC por meio de boletins informativos (estudos 1 e 12) (AVANSINO et al., 2011; SECANELL et al., 2014); pôster fixado em cada sala cirúrgica (estudos 1 e 3) (AVANSINO et al., 2011; LEVY et al., 2012); apresentação de vídeos (estudos 1 e 2) (AVANSINO et al., 2011; DACKIEWICZ et al., 2012); divulgação de informações por meio da intranet do hospital, pôsteres localizados na área de indução anestésica e manual de instruções (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); apresentação da LVSC em computador (estudo 3) (LEVY et al., 2012); material impresso (estudo 8) (HANNAM et al., 2013), cópias da versão atualizada da LVSC disponibilizada nas salas cirúrgicas (estudo 9) (MORGAN et al., 2013); informações divulgadas por *e-mail* para equipe cirúrgica (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014) e cartazes (estudo 12) (SECANELL et al., 2014).

A abordagem personalizada foi adotada por meio de incentivos mediante opinião de líderes (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011), e informações contínuas foram divulgadas por meio de conferências, telefone e reuniões (estudo 12) (SECANELL et al., 2014).

g) Programa educacional

Na maioria dos estudos primários, os pesquisadores empregaram a realização de programa educacional para implementar a LVSC (estudos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13) (AVANSINO et al., 2011; DACKIEWICZ et al., 2012; LEVY et al., 2012; HEALY, 2012; BLISS et al., 2012; VICENTE et al., 2012; HANNAM et al., 2013; MORGAN et al., 2013; NUGENT et al., 2013; GAGLIARD et al., 2014; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014). Em duas pesquisas, o objeto de estudo consistiu

na análise da adaptação da LVSC (estudos 14 e 15) (GUPTA; WONG; SCOTT, 2015; BERGS et al., 2015a); e, em um estudo, não houve a descrição sobre estratégia educacional (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012).

Os tipos de estratégias de ensino e materiais foram descritos e diferiram entre os estudos primários incluídos nesta categoria, a saber: sessões educacionais para todas as categorias profissionais envolvidas com distribuição de boletins informativos e treinamento pautado em vídeo da internet (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); apresentação de vídeo da OMS para capacitar a equipe multidisciplinar e oficinas de cada especialidade cirúrgica (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); treinamento no computador (*e-learning*), com exceção da categoria médica, a participação das demais categorias foi obrigatória, e o aprendizado da equipe não foi avaliado (estudo 3) (LEVY et al., 2012); para o ensino da equipe, elaborou-se um programa de capacitação específico com diferentes estratégias educacionais, que consistiu na realização de reuniões, inclusão da temática LVSC em programas para integração de funcionários recém-admitidos e nos programas de educação permanente, bem como houve a sugestão de que a capacitação deveria ser orientada para grupos específicos (estudo 4) (HEALY, 2012).

A equipe cirúrgica participou de programa de treinamento (três sessões com duração de 60 minutos), conduzido pela equipe de liderança da implementação da LVSC, com participação reduzida de cirurgiões e anestesistas. A introdução da lista ocorreu após a primeira sessão educacional (estudo 6) (BLISS et al., 2012).

Em outra pesquisa, os autores apresentaram o tema (realizado várias vezes para possibilitar maior participação da equipe) e treinamento *in loco* (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); seminários interativos foram executados e conduzidos pela equipe da OMS com divulgação de material impresso, fórum de discussão e discussão em sala cirúrgica (hospital A); e seminários de educação realizados pela equipe interna do hospital (hospital B) (estudo 8) (HANNAM et al., 2013); sessão educacional multidisciplinar (estudo 9) (MORGAN et al., 2013) foi realizada na instituição de saúde.

No estudo 10, o programa educacional contou com a participação de quase a totalidade da equipe de enfermagem e participação parcial da equipe médica. O tipo de estratégia de ensino variou entre os hospitais, sendo que na maioria foi realizada pelo enfermeiro recrutado para esta função. Houve consenso de que a atividade educacional deveria ser obrigatória para toda equipe cirúrgica, e a maioria dos participantes considerou que a educação permanente seria necessária. Para o

aprimoramento do programa educacional, os participantes dessa pesquisa sugeriram assistir vídeos sobre como usar a lista, realizar simulações de como executar o processo de checagem, discussão multidisciplinar e avaliar a efetividade da estratégia de ensino (NUGENT et al., 2013).

Nos hospitais do Canadá, pouco treinamento foi empreendido na implementação da LVSC, os participantes relataram não ter recebido informação ou treinamento sobre como usar a ferramenta (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014). Em contrapartida, reuniões para aprendizagem conjunta (troca de experiências/ideias) entre representantes de hospitais, apresentação de casos clínicos em sessões educacionais, conferências, material informativo e guia foram as estratégias de ensino empregadas (estudo 12) (SECANELL et al., 2014); capacitação dos líderes e sessões de treinamento para o público-alvo ocorreram em todos os hospitais (estudo 13) (SATURNO et al., 2014).

Nos programas educacionais, o conteúdo abordado abrangeu informações sobre experiências externas com o uso da ferramenta (estudos 2 e 7) (DACKIEWICZ et al., 2012; VICENTE et al., 2012); como usar corretamente a LVSC (estudos 3, 6, 7, 8, 12 e 13) (LEVY et al., 2012; BLISS et al., 2012; VICENTE et al., 2012; HANNAM et al., 2013; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014); sobre a temática LVSC, sem especificar tópicos (estudo 3); ênfase no protocolo da LVSC/objetivos da ferramenta (estudos 4, 6, 7, 8, 12 e 13) (HEALY, 2012; BLISS et al., 2012; VICENTE et al., 2012; HANNAM et al., 2013; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014); resultados do teste piloto realizado previamente (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); temática comunicação e como lidar com barreiras (estudos 6) (BLISS et al., 2012); aspectos-chave e dúvidas sobre o uso da ferramenta (estudo 12) (SECANELL et al., 2014) e definição de papéis, responsabilidades e sugestões (estudo 13) (SATURNO et al., 2014).

h) Teste piloto

A coleta de informações relevantes sobre a aplicabilidade de uma inovação/iniciativa, por exemplo, a LVSC, pode ser realizada por meio de teste piloto em pequena escala. A execução dessa estratégia é recomendada antes da implementação da prática inovadora em escala mais ampla, uma vez que os principais resultados do teste piloto poderiam ser incorporados no protocolo de orientações para

informar ao público-alvo sobre possíveis problemas na aplicação da inovação e como lidar com eles (BURGERS et al., 2013).

Nesta RI, em três estudos primários, os pesquisadores relataram sobre o teste piloto, da seguinte forma: o procedimento foi executado em algumas subespecialidades pediátricas, e, após seis meses, houve a implementação plena da ferramenta (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); teste piloto foi realizado com duração de três meses (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012), e os enfermeiros responsáveis pela implementação relataram pouco tempo para testar a LVSC (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014). Em contrapartida, em uma pesquisa, os resultados evidenciaram a ausência de teste piloto como barreira do processo de implementação (estudo 9) (MORGAN et al., 2013).

i) Auditoria

A auditoria pode ser entendida como estratégia para avaliar/mensurar o desempenho de profissionais, equipes ou organização por meio de monitoramento contínuo e pautado em indicadores. O uso desta estratégia possibilita a avaliação e revisão do plano de implementação, bem como, quando necessário, a execução de adaptações. A avaliação pode ocorrer mediante observação direta da prática, gravações, acompanhamento *in loco*, simulações e, alternativamente, pela observação indireta por meio de autorrelato, monitoramento do próprio desempenho, revisão documental por registros clínicos, entrevistas sobre desempenho, avaliação pelos pares, análise de dados de morbimortalidade, registros de incidentes, dados de prescrições e laboratoriais, dentre outras formas (HULSCHER; LAURANT; GROL, 2013).

Com exceção de dois estudos primários (14 e 15) (GUPTA; WONG; SCOTT, 2015; BERGS et al., 2015a), os demais realizaram auditoria e o monitoramento ocorreu por observação direta (estudos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13) (DACKIEWICZ et al., 2012; LEVY et al., 2012; HEALY, 2012; WAEHLE et al., 2012; BLISS et al., 2012; VICENTE et al., 2012; HANNAM et al., 2013; MORGAN et al., 2013; GAGLIARD et al., 2014; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014); análise documental de registros (estudos 1, 2, 4, 6, 9, 11, 13) (AVANSINO et al., 2011; DACKIEWICZ et al., 2012; HEALY, 2012; BLISS et al., 2012; MORGAN et al., 2013; GAGLIARD et al., 2014; SATURNO et al., 2014); autorrelato via preenchimento de questionário (estudos

1 e 3) (AVANSINO et al., 2011; LEVY et al., 2012); entrevistas e grupo focal (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); entrevistas grupais e grupos de consenso (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); e reunião colaborativa (estudo 12) (SECANELL et al., 2014). Apenas em um estudo, o método de coleta de dados para auditoria não foi citado (estudo 10) (NUGENT et al., 2013).

Com relação à auditoria realizada para avaliar a adesão ao uso da LVSC, os pesquisadores destacaram que, quando o monitoramento ocorre por meio da análise de registros preexistentes (por exemplo, LVSC preenchida e anexada no prontuário médico), a adesão pode ser incerta e maior do que a observada na prática. Diante disso, a observação direta da rotina ou análise de filmagem aleatória pode avaliar de forma mais precisa o uso da ferramenta (estudo 13) (SATURNO et al., 2014).

Nos estudos primários, as auditorias realizadas permitiram a obtenção das seguintes informações: dados sobre adesão ao uso da LVSC (estudos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13) (AVANSINO et al., 2011; DACKIEWICZ et al., 2012; LEVY et al., 2012; HEALY, 2012; BLISS et al., 2012; VICENTE et al., 2012; HANNAM et al., 2013; MORGAN et al., 2013; GAGLIARD et al., 2014; SECANELL et al., 2014; SATURNO et al., 2014); dados sobre fidelidade na implementação da lista (entendida como checagem completa e execução como preconizado) com foco na qualidade e preenchimento da LVSC, participação e atitudes, percepção e compreensão da equipe cirúrgica sobre o processo de checagem da ferramenta (estudo 3) (LEVY et al., 2012); dados sobre barreiras, motivadores, desafios e processos adaptativos para o uso da ferramenta (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); eventos que comprometeram a segurança do paciente (estudo 6); percepção sobre o processo e dificuldades (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); complicações pós-operatórias/resultados pós-operatórios nos pacientes/morbimortalidade (estudos 2, 6, 9, 10) (DACKIEWICZ et al., 2012; BLISS et al., 2012; MORGAN et al., 2013; NUGENT et al., 2013); experiência/percepção dos participantes sobre a LVSC/implementação (estudos 1 e 12) (AVANSINO et al., 2011; SECANELL et al., 2014); fatores associados a adesão e atitudes das equipes para prestação de contas à autoridade de saúde (estudo 13) (SATURNO et al., 2014).

Em um estudo, o autor descreveu a utilização de estratégias de recompensas e punições diante dos resultados sobre adesão ao uso da LVSC pela equipe cirúrgica. Assim, quando ocorreu adesão adequada, recompensas foram oferecidas para a equipe (por exemplo, distribuição de barras de chocolate) e, nos casos de não adesão

ou adesão insatisfatória, penalizações foram empreendidas (estudo 4) (HEALY, 2012).

Adicionalmente, nos estudos primários, a frequência e duração da auditoria foram citadas, a saber: mensalmente e durante 12 meses (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); mensalmente desde o teste piloto até 18 meses (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); durante quatro meses após a introdução da LVSC (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); auditoria periódica (estudo 8) (HANNAM et al., 2013); a maioria dos hospitais não realizava auditoria (estudo 10) (NUGENT et al., 2013); a frequência foi variável, alguns hospitais utilizavam essa estratégia semanalmente e, em outros, a frequência foi anual (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014).

j) *Feedback* e lembretes

O *feedback* é uma estratégia que possibilita oferecer informações sobre desempenho da equipe, resultados, custos, pacientes, indivíduos, equipe ou organização. Os dados que subsidiam o *feedback* podem ser coletados por meio de auditoria interna ou externa. As informações podem ser divulgadas verbalmente e por escrito, bem como comparativas ou não com desempenho de colegas, escores, indicadores e *guidelines* (diretrizes clínicas) (WEIJDEN et al., 2013a).

A estratégia foi descrita nos estudos primários das seguintes formas: *feedback*/divulgação mensal de desempenho (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); apresentação dos resultados obtidos na fase de diagnóstico situacional de cada especialidade (incluindo cirurgiões, anestesistas, instrumentadores, enfermeiros, técnicos de anestesia e infectologistas); e apresentação dos resultados do teste piloto em oficinas com análise de erros e deficiências no registro de dados (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); a equipe cirúrgica forneceu *feedback* sobre adaptação da LVSC aos responsáveis pela implantação da ferramenta (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); *feedback* sobre benefícios e dificuldades percebidos pelos enfermeiros no uso diário da LVSC (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); *feedback* para equipe cirúrgica (estudo 8) (HANNAM et al., 2013); somente alguns hospitais analisados utilizaram esta estratégia, e, nos locais em que isso ocorreu, houve pouco *feedback* (alguns informavam/discutiam individualmente) (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014); avaliações de desempenho entre hospitais foram compartilhadas usando aplicativo

web. O uso do *feedback* facilitou o conhecimento do desempenho/adesão em tempo real (estudo 12) (SECANELL et al., 2014).

Os lembretes são informações sobre condutas a serem seguidas pelos profissionais de saúde antes ou durante o contato com pacientes (WEIJDEN et al., 2013a). Esta estratégia foi executada nas pesquisas incluídas na RI de diferentes formas, a saber: instalação de pôster em sala cirúrgica, promovendo interação verbal entre líderes e seus pares *in loco* (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); pôsteres na sala de indução anestésica e via eletrônica por meio do computador (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); em cada sala de operação, um pôster foi instalado com informações sobre o momento da checagem e os participantes necessários (estudo 3) (LEVY et al., 2012); periodicamente, lembretes à equipe foram realizados por meio de conversa presencial com cirurgiões e responsáveis pela execução da LVSC com a finalidade de recordá-los sobre o cumprimento da checagem (estudo 4) (HEALY, 2012); cartazes foram distribuídos para incentivar a aplicação da LVSC e marcação do sítio cirúrgico de acordo com as recomendações estabelecidas no protocolo (estudo 12) (SECANELL et al., 2014).

k) Avaliação do processo de implementação/estratégias e efeitos produzidos

A avaliação é parte integrante do processo de implementação de inovações, estratégia esta que permite conhecer se a implantação obteve êxito e quais etapas contribuíram para o sucesso ou falhas e, se necessário, empreender adaptações no plano de trabalho (WEIJDEN et al., 2013b). Destaca-se que a efetiva implementação tem relação com adoção atual da inovação e integração adequada ao processo de trabalho. A consciência ampla sobre a inovação necessita ser institucionalizada para evitar regressão ou diversificação de condutas e uso sustentado (MAY et al., 2009; GROL; WENSING, 2013a).

A implementação da LVSC (estratégias e efeitos produzidos) foi objeto de análise nos estudos primários. Em sete pesquisas, a implantação foi considerada bem-sucedida e recomendada, bem como produziu efeitos benéficos na prática clínica, equipe cirúrgica e paciente, a saber: o emprego de estratégia multifacetada acarretou a melhoria da adesão e sustentabilidade no uso da lista (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); o uso de estratégia multifacetada e seguimento de passos estabelecidos exerceram efeito somatório/cumulativo sobre os participantes, os quais

se sentiram protagonistas da mudança e adquiriram convicção sobre a ferramenta (estudo 2) (DACKIEWICZ et al., 2012); as estratégias de apoio e sanções melhoraram a adesão ao longo de três anos (estudo 4) (HEALY, 2012); o apoio da gestão e a educação interprofissional para a adaptação local com vistas ao uso adequado da ferramenta foram cruciais no processo (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); a abordagem educacional efetiva contribuiu para percepção positiva do valor da ferramenta pela equipe (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); a educação foi elemento-chave no processo de implementação da LVSC (estudo 10) (NUGENT et al., 2013); a adoção de intervenção colaborativa com múltiplos componentes promoveu e facilitou o processo de implantação, monitoramento e avaliação da lista nos hospitais (estudo 12) (SECANELL et al., 2014).

Em contrapartida, em dois estudos primários, os resultados evidenciaram que o processo de implementação e/ou estratégias utilizadas foram exitosos em alguns aspectos e fracassaram em outros, por exemplo, a realização de programa educacional estruturado (intervenção de custo baixo), o qual possibilitou a diminuição significativa na morbidade e redução de custos, mas houve persistência na variação da adesão ao uso da LVSC e falhas de comunicação (estudo 6) (BLISS et al., 2012). As estratégias definidas pela OMS para implementar a LVSC em hospital piloto contribuíram para a melhoria da adesão, mas não ocorreu incremento de adesão na etapa *sign out*; no segundo hospital analisado, a implementação com adaptação da LVSC e seminários de educação sem auditoria foram insuficientes para fomentar a compreensão da ferramenta como o estímulo à comunicação e trabalho em equipe, mas se observou engajamento melhor de duas ou mais categorias durante a checagem, que pode ter sido decorrente da estratégia de atribuição de responsabilidade estabelecida para checagem entre as três categorias profissionais (estudo 8) (HANNAM et al., 2013).

De modo diverso, em quatro estudos primários, os resultados demonstraram que as estratégias utilizadas falharam em produzir os efeitos esperados (estudos 3, 9, 11 e 13) (LEVY et al., 2012; MORGAN et al., 2013; GAGLIARD et al., 2014; SATURNO et al., 2014). Assim, a estratégia que incluiu somente o treinamento obrigatório em computador (*e-learning*) para os membros da equipe cirúrgica, com exceção dos médicos, aliada à disseminação e lembretes acarretou falta de fidelidade no uso diário da lista (estudo 3) (LEVY et al., 2012); a lista adaptada para cirurgia ambulatorial não foi efetivamente implementada e não contribuiu para a redução de complicações pós-

operatórias (estudo 9) (MORGAN et al., 2013); o compromisso/envolvimento com a implementação/uso da ferramenta pela equipe não foi ideal, os participantes atribuíram tal situação à implantação imposta pela administração, os autores recomendaram que planejamento e avaliação sejam guiados pelos domínios da estrutura conceitual de fidelidade para identificar fatores contextuais que comprometem o uso adequado (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014); a estratégia executada, ou seja, pautada na imposição da utilização obrigatória, pode ser intervenção fraca para melhorar a segurança e não promoveu o uso efetivo da LVSC (estudo 13) (SATURNO et al., 2014).

Em duas pesquisas, os autores sugeriram que a estratégia adotada pode falhar em obter os resultados almejados pela cirurgia segura. Os estudiosos consideraram que, embora a adaptação da LVSC para a realidade local seja recomendada, as adaptações efetuadas com exclusão de itens da LVSC podem prejudicar o alcance de benefícios para o paciente cirúrgico em comparação com a versão original (estudos 14 e 15) (GUPTA; WONG; SCOTT, 2015; BERGS et al., 2015a).

Portanto, uma abordagem sistemática com planejamento criterioso para implementação de inovações, procedimentos, protocolos é considerada mais efetiva para produzir mudança do que ação única (WENSING; BOSH; GROL, 2010; GROL; WENSING, 2013a). Os seguintes passos são importantes na abordagem sistemática: formular proposta concreta, bem desenvolvida, exequível e com objetivos claros; avaliar o desempenho atual e mapear os problemas relacionados com o uso de novos procedimentos; analisar o local e grupo-alvo para identificar fatores que estimulam ou dificultam o processo de mudança; desenvolver ou selecionar um conjunto de estratégias para a disseminação e implementação efetivas e manutenção da mudança; desenvolver e executar um plano de implementação contendo atividades, tarefas e cronograma; integrar a inovação/melhoria no processo de trabalho; e avaliar e revisar o plano por meio de monitoramento contínuo com base em indicadores (GROL; WENSING, 2013a).

5.1.2 Processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

As estratégias para otimização do uso da LVSC, descritas nos estudos primários, caracterizavam-se pela abordagem multifacetada (estudos 19, 21, 22, 23 e 24) (PUTNAM et al., 2014; LILAONITKUL et al., 2015; ONG et al., 2015; PORTER et al., 2015; PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015) ou única (estudos 16, 17, 18 e 20) (SEWELL et al., 2011; RICCI; BRUMSTED, 2012; KIEFFER et al., 2013; HUANG et al., 2014).

A seguir, apresentam-se as estratégias indicadas nos estudos primários incluídos nesta categoria.

a) Composição da equipe/recrutamento de liderança

Em uma pesquisa, os autores mencionaram a criação de conselho de segurança coordenado por médico e composto por membros da equipe cirúrgica e administrativa para incrementar o uso da ferramenta. Esse conselho elaborou estratégia multifacetada e interdisciplinar conduzida pela liderança da equipe médica e de enfermagem (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); projeto de melhoria de qualidade implementado para aprimorar a prática de uso da LVSC foi conduzido por residente da anestesia sob a liderança de consultor sênior caracterizando-se como liderança local forte e comprometida (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015); a estratégia foi implementada pela equipe de mudança, e as lideranças de cada disciplina cirúrgica foram consultadas para encorajar o engajamento (estudo 22) (ONG et al., 2015); projeto de melhoria de qualidade (pautado em mudanças no processo de checagem da LVSC) foi desenvolvido por força tarefa multidisciplinar liderada por dois cirurgiões e um anestesista e composta por membros de todas as disciplinas (estudo 23) (PORTER et al., 2015).

b) Planejamento

O planejamento foi explicitado em dois estudos primários, sendo que, em um, empregou-se plano estratégico para desenvolver estratégia multifacetada e

interdisciplinar para incrementar o uso da LVSC (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014) e, no outro, metodologia de melhoria de qualidade e ciclos PDSA (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015).

c) Apoio institucional

O apoio institucional foi indicado em duas pesquisas desenvolvidas com foco na melhoria da prática de uso da LVSC ocorrendo das seguintes formas: envolvimento da administração para fornecer materiais e equipamentos (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015) e participação da chefia administrativa em reunião multidisciplinar, na qual divulgaram-se os resultados sobre o desempenho da equipe na realização das instruções pré-operatórias e associação com eventos adversos intraoperatórios, bem como apoio fornecido na divulgação ampla dos resultados obtidos para todo o pessoal da instituição de saúde (estudo 24) (PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

d) Análise do contexto local

Com exceção de um estudo primário cujo foco investigado pelos autores foi a análise de instrumentos de avaliação de desempenho *in loco* da equipe cirúrgica no uso da LVSC (estudo 20) (HUANG et al., 2014), nos demais os pesquisadores realizaram análise preliminar do contexto local antes do plano de implantação de estratégias para otimizar a aplicação da ferramenta. A avaliação por meio da observação direta da prática clínica e/ou análise de registros de dados possibilitaram a identificação dos seguintes problemas: adesão baixa ao uso e/ou desempenho inadequado na checagem da LVSC/itens específicos/*time out*/instruções pré-operatórias (estudos 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23 e 24) (SEWELL et al., 2011; RICCI; BRUMSTED, 2012; KIEFFER et al., 2013; PUTNAM et al., 2014; LILAONITKUL et al., 2015; ONG et al., 2015; PORTER et al., 2015; PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015); ausência de apropriação da lista pela equipe (estudo 18) (KIEFFER et al., 2013); falta de engajamento da equipe (estudo 22) (ONG et al., 2015); e ocorrência de eventos adversos (estudos 16, 21 e 24) (SEWELL et al., 2011; LILAONITKUL et al., 2015; PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

Em cinco estudos primários, os resultados evidenciaram que os fatores relacionados ao processo de implementação da LVSC no serviço de saúde

acarretaram distorções no uso da lista e problemas mencionados anteriormente, a saber: implementação da ferramenta de forma impositiva (estudo 17) (RICCI; BRUMSTED, 2012); estratégias consideradas limitadas (estudo 18) (KIEFFER et al., 2013); ausência de planejamento e demais ações para sua introdução (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); desligamento voluntário do líder responsável pela implementação no hospital (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015); e a estratégia adotada em hospital piloto da implementação da OMS foi insuficiente para o uso adequado da ferramenta (estudo 22) (ONG et al., 2015).

e) Envolvimento do público-alvo

O envolvimento do público-alvo na otimização do uso da LVSC foi mencionado nas pesquisas, a saber: os autores apontaram que consulta aos membros da equipe cirúrgica ocorreu para definição do protocolo de checagem da LVSC (estudo 18) (KIEFFER et al., 2013); para melhorar o uso da LVSC, a equipe foi envolvida na adaptação para o contexto local (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); os autores indicaram que discussão multidisciplinar sobre facilitadores, barreiras e discussão sobre estratégias foram promovidas para superar as dificuldades deste processo (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015).

f) Adaptação para o contexto local

Em um estudo, uma das estratégias mencionadas pelos autores para aprimorar o uso da LVSC consistiu na adaptação do *design* da lista pela equipe cirúrgica durante oficina pedagógica, auxiliando na integração da ferramenta no processo de trabalho em cirurgia pediátrica, bem como na definição do protocolo para checagem (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); a adaptação da lista com a padronização de instrumentais, no verso, para a conferência e o registro da contagem cirúrgica foi uma das estratégias multifacetadas implementadas para aperfeiçoar o uso da ferramenta (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015); para melhorar o uso da lista, ações relacionadas à adaptação para o contexto local foram empreendidas, a saber: revisão e recomendação de mudanças no processo de checagem e conteúdo da lista pela equipe multidisciplinar envolvida (estudo 23) (PORTER et al., 2015).

g) Disseminação/divulgação

Com relação às estratégias para divulgação da LVSC com o propósito de incrementar o seu uso na prática, em um estudo, os autores mencionaram que a equipe de implementação desenvolveu programa multimídia para treinamento e a exibição de cartazes (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); em outra pesquisa, pôsteres foram fixados na parede da sala cirúrgica em todas as especialidades (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015); pôsteres foram instalados nas salas após a realização do período de teste piloto (estudo 23) (PORTER et al., 2015); e a elaboração de roteiro instrucional (estudo 24) (PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

h) Programa educacional

Nesta categoria, em todos os estudos primários, os pesquisadores empregaram a elaboração de programa educacional como estratégia para otimizar o uso da LVSC (estudos 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24) (SEWELL et al., 2011; RICCI; BRUMSTED, 2012; KIEFFER et al., 2013; PUTNAM et al., 2014; HUANG et al., 2014; LILAONITKUL et al., 2015; ONG et al., 2015; PORTER et al., 2015; PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015). Os tipos de estratégias de ensino, materiais educacionais, categorias participantes, duração e frequência foram abordados e divergiram entre os estudos primários. Em uma pesquisa, o programa educacional consistiu em disponibilizar formulários sobre a ferramenta e sessões educacionais com grandes e pequenos grupos para todas as categorias profissionais, bem como a produção de vídeo (estudo 16) (SEWELL et al., 2011). Em outro estudo, o programa de treinamento foi baseado em técnicas de aviação, durante dois anos e conduzido por empresa de consultoria, composta de aviadores e médicos especialistas. A etapa inicial, com duração de seis horas, incluiu apresentações, discussões de casos, exercícios em equipe, simulação *in loco* e *feedback* sobre o desempenho no treinamento. A etapa foi obrigatória e contou com a participação de 517 pessoas, ou seja, todos os membros da equipe. As sessões educacionais previstas para seis e 12 meses, após a etapa inicial, ocorreram somente após dois anos (estudo 17) (RICCI; BRUMSTED, 2012).

A seguir, apresentam-se outras atividades educacionais descritas nos estudos primários para incrementar o uso da LVSC, a saber: discussão com a equipe (estudo

18) (KIEFFER et al., 2013); realização de oficinas interativas (semestrais/conduzidas por médico, cada encontro com duração de quatro horas) com as seguintes atividades: palestras, apresentação de vídeos, atividades em pequenos grupos para estimular a interação interdisciplinar e exercícios de equipe baseados na realidade local, com a participação obrigatória de cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); reuniões mensais, discussão multidisciplinar, processo contínuo de treinamento/orientação para a equipe cirúrgica e sessões de treinamento para estudantes de medicina, a fim de auxiliarem na checagem devido à escassez de pessoal (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015); reuniões foram empreendidas com cada categoria profissional e acompanhamento por *coach* para apoiar a equipe na primeira semana (estudo 22) (ONG et al., 2015); fórum para toda equipe cirúrgica e apresentação de vídeo de curta duração, treinamento conduzido por membros da força-tarefa (estudo 23) (PORTER et al., 2015); educação, reunião da especialidade e roteiro instrucional foram adotados (estudo 24) (PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

No estudo desenvolvido por Huang et al. (2014) (estudo 20), uma estratégia educacional foi ofertada e direcionada apenas para as pessoas recrutadas para observar a prática no uso da LVSC. O objetivo desta estratégia foi promover a capacitação de pessoas para testar dois instrumentos elaborados para observar o desempenho da equipe na aplicação da lista. Os enfermeiros observadores receberam treinamento de curta duração, com instruções para o preenchimento dos instrumentos e treinamento individualizado por meio de *e-learning*, com o fornecimento de orientações e vídeos de curta duração, cujos cenários para demonstrar comportamentos positivos e negativos de trabalho em equipe foram descritos. A seguir, houve aplicação de breve questionário sobre o conteúdo abordado neste treinamento para avaliar a capacidade dos observadores em distinguir os comportamentos na prática com *feedback* automatizado sobre o desempenho desses profissionais

Nos programas educacionais, os conteúdos abordados abrangeram diferentes aspectos, tais como: informações sobre eventos adversos, LVSC e seu potencial para prevenção desses eventos e cultura de segurança do paciente (estudo 16) (SEWELL et al., 2011); protocolo de checagem/execução correta da LVSC/instruções pré-operatórias (estudos 16, 17, 18, 22, 23 e 24) (SEWELL et al., 2011; RICCI; BRUMSTED, 2012; KIEFFER et al., 2013; ONG et al., 2015; PORTER et al., 2015;

PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015); trabalho em equipe, comunicação, gerenciamento de tarefas, liderança, tomada de decisão, consciência situacional, gestão de recursos, interceptação de erros, promoção da cultura de segurança (estudo 17) (RICCI; BRUMSTED, 2012); segurança, liderança, erros de identificação e comunicação eficaz (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); facilitadores, barreiras e estratégias para superar as dificuldades (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015); informações sobre o desempenho e resultados obtidos (estudo 22 e 23) (ONG et al., 2015; PORTER et al., 2015); e projeto de implementação e alterações efetuadas na LVSC (estudo 24) (PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

i) Teste piloto

Em três estudos primários, os autores indicaram a utilização do teste piloto para investigar a iniciativa para aprimorar o uso da LVSC na prática clínica, a saber: frente ao uso inadequado da ferramenta, uma das ações empreendidas foi a modificação da LVSC e sua reintrodução em sala cirúrgica mediante teste piloto em cirurgias obstétricas (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015); os autores mencionaram a realização de teste piloto com duração de dois meses para testar a estratégia desenvolvida para otimizar o uso da LVSC (inclusão de novo formato da lista nas salas cirúrgicas e atribuição de responsabilidade na checagem entre as categorias profissionais) (estudo 22) (ONG et al., 2015); revisão e mudanças no processo de checagem, conteúdo da lista e definição de responsabilidade foram ações empreendidas para incrementar o uso da LVSC, por meio de teste piloto em seis salas cirúrgicas, ações estas que foram investigadas durante três meses (estudo 23) (PORTER et al., 2015).

j) Auditoria

A auditoria foi empregada em todos os estudos primários agrupados nesta categoria com a finalidade de analisar o uso diário da LVSC na prática clínica, identificar problemas relacionados, propor e efetuar mudanças para aperfeiçoar o uso desta ferramenta (estudos 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24) (SEWELL et al., 2011; RICCI; BRUMSTED, 2012; KIEFFER et al., 2013; PUTNAM et al., 2014; HUANG et al., 2014; LILAONITKUL et al., 2015; ONG et al., 2015; PORTER et al., 2015);

PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015). A estratégia foi executada por meio da avaliação de indicadores de processo (adesão ao uso da ferramenta), resultados (complicação cirúrgica e mortalidade) e percepção da equipe sobre a LVSC (estudo 16) (SEWELL et al., 2011); dados sobre a adesão ao uso da ferramenta foram obtidos por auditoria *in loco* (duas semanas após o treinamento/70 casos); e a ocorrência de eventos adversos pela análise de registros do setor de gestão de risco do hospital (estudo 17) (RICCI; BRUMSTED, 2012); os autores descreveram que a auditoria foi empreendida em dois hospitais A e B, antes e após a implementação de estratégia para aperfeiçoar o uso da LVSC, realizada somente no hospital A (estudo 18) (KIEFFER et al., 2013); a auditoria foi realizada por meio de observação direta e criação de sistema eletrônico anônimo para relatar erros, quase-acidentes, práticas de uso da ferramenta e avaliação da cultura de segurança (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014).

Para realizar a auditoria, em um estudo, os pesquisadores elaboraram dois instrumentos de observação para avaliar o desempenho na checagem da lista e trabalho em equipe. O instrumento A tinha o objetivo de avaliar a checagem da lista em relação ao cumprimento das melhores práticas (checagem verbal, sem dependência de memória, comportamentos apropriados durante a checagem e adesão aos procedimentos existentes, por exemplo, nova dosagem de antibióticos após duas horas de cirurgia). Os itens do instrumento B eram direcionados para o trabalho em equipe e distribuídos em cinco domínios, a saber: liderança clínica, comunicação da equipe, assertividade, coordenação e respeito (estudo 20) (HUANG et al., 2014).

A auditoria foi realizada por meio da avaliação de adesão da equipe ao uso da LVSC (estudos 21 e 22) (LILAONITKUL et al., 2015; ONG et al., 2015); a estratégia foi empregada por meio de observação direta para avaliar adesão e desempenho da equipe na checagem, e ocorreu o acompanhamento até 18 meses (estudo 23) (PORTER et al., 2015); a auditoria também foi executada por observação direta antes e após seis meses de intervenção, implementada para aprimorar a realização das instruções pré-operatórias, ou seja, o momento em que a equipe se reúne na sala cirúrgica para realização de informes (estudo 24) (PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

k) *Feedback* e lembretes

Em cinco estudos primários, a estratégia foi mencionada pelos autores. A equipe cirúrgica foi encorajada no fornecimento de *feedback* sobre eventuais deficiências da LVSC que, posteriormente, culminou na adequação da lista, sendo também oferecido retorno sobre a lista modificada, e, frente à adesão baixa ao uso da ferramenta por membros da equipe, a estratégia sobre o desempenho foi empreendida de forma individualizada (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014). Em outra pesquisa, o *feedback* foi relativo ao desempenho individual/equipe no uso da LVSC (gráficos fixados no setor) e lembretes (pôsteres nas salas cirúrgicas) (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015). Em um estudo, os autores empregaram quadro fixado na parede e lembretes sobre as principais mudanças (estudo 22) (ONG et al., 2015); primeiramente, o *feedback* dado pela equipe cirúrgica resultou na adaptação da lista; após a implementação de projeto de melhoria de qualidade, os membros da equipe cirúrgica receberam *feedback* de desempenho sobre a utilização da ferramenta, que foi divulgado durante participação da equipe no fórum de cirurgia e lembretes foram instalados em formato de pôsteres nas salas de cirurgias (estudo 23) (PORTER et al., 2015). E, por fim, o *feedback* ocorreu por meio da divulgação de resultados obtidos sobre o desempenho da equipe em fase anterior relativa à implementação de intervenção de melhoria de qualidade das instruções pré-operatórias, tanto para a diretoria médica e chefe administrativo quanto para os membros da equipe cirúrgica em reunião de especialidade (estudo 24) (PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

l) Avaliação da implementação de estratégias para otimização do uso da LVSC/ efeitos produzidos

A implementação de estratégias para otimizar o uso da LVSC e os efeitos produzidos foram objetos de análise em sete pesquisas. A implantação foi considerada bem-sucedida e recomendada, bem como produziu efeitos benéficos para a prática clínica, equipe cirúrgica e paciente. O programa de treinamento executado contribuiu para a redução de ocorrências de cirurgia em local errado, retenção de itens cirúrgicos e custos relacionados, bem como acarretou ambiente mais seguro (estudo 17) (RICCI; BRUMSTED, 2012); a estratégia de discussão com a equipe foi considerada a melhor maneira para otimizar o uso da ferramenta (estudo

18) (KIEFFER et al., 2013); a utilização de estratégias multifacetadas possibilitaram a melhoria da adesão ao uso da LVSC, cultura de segurança e fortalecimento do trabalho em equipe (estudo 19) (PUTNAM et al., 2014); os instrumentos testados para avaliação do desempenho na checagem da LVSC e trabalho em equipe com treinamento prévio de curta duração aos observadores foram recomendados (estudo 20) (HUANG et al., 2014); o projeto de melhoria da qualidade (ciclos PDSA) foi executado para incrementar o uso da LVSC, sendo considerado essencial pelos autores, pois promoveu o aumento da adesão ao uso da ferramenta e da realização do processo de contagem cirúrgica, e pode ser uma forma efetiva de melhoria da prática clínica em ambientes de baixa renda (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015). As estratégias multifacetadas empregadas foram satisfatórias para melhorar adesão, produzir uso adequado da ferramenta e engajamento da equipe, especialmente nas instituições que enfrentavam dificuldades na aplicação adequada da lista (estudo 22) (ONG et al., 2015); o projeto de melhoria de qualidade adotado para aprimorar o uso da LVSC promoveu desempenho da equipe mais adequado e sustentado na etapa da pausa e cultura de trabalho em equipe na sala cirúrgica, com pouco investimento adicional e apenas treinamento formal por *coaching* (estudo 23) (PORTER et al., 2015).

Diversamente dos estudos primários mencionados, em duas pesquisas, a implementação de estratégias para otimizar o uso da LVSC acarretou efeitos benéficos, mas não alcançou outros resultados desejados, a saber: o programa educacional possibilitou aumento estatisticamente significativo na adesão ao uso da ferramenta e melhorou a percepção da equipe sobre a lista. Entretanto, não houve melhora significativa em relação aos resultados para os pacientes (estudo 16) (SEWELL et al., 2011). A intervenção adotada pautada na reeducação de pessoal e obrigatoriedade na realização das instruções pré-operatórias promoveram a melhoria da qualidade de execução deste procedimento pela equipe cirúrgica e redução estatisticamente significativa de eventos adversos, mas, apesar desses resultados, as instruções pré-operatórias completas não foram realizadas em todos os casos observados (estudo 24) (PHADNIS; TEMPLETON-WARD, 2015).

5.1.3 Facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde

Os facilitadores e barreiras podem desempenhar papel importante na determinação do sucesso da implementação da inovação, pois o conhecimento deles contribui para subsidiar o delineamento de estratégias e ações mais adequadas a serem desenvolvidas no processo. Os facilitadores e barreiras podem estar relacionados aos aspectos individuais, tais como: conhecimento, habilidades, atitudes, valores, crenças, hábitos, autoconfiança e personalidade; fatores do contexto social, por exemplo, atitudes e comportamentos de colegas, cultura presente na equipe ou *network* social, opinião/visão de líderes e demais pessoas influentes, estilo de liderança na organização e presença de pessoas inovadoras; fatores do contexto organizacional incluem os recursos, organização do processo de trabalho, existência de profissionais qualificados, políticas institucionais, processos logísticos e sistemas de informação; fatores do contexto econômico/administrativo/jurídico abrangem as regras, normas, regulamentos e reembolsos; fatores relacionados ao método e estratégias para implementar a inovação, tais como: método planejado ou sem planejamento, impositivo ou voluntário e tipos de estratégias, por exemplo, auditoria; fatores específicos da inovação, por exemplo, pautada em evidências ou adaptada para as necessidades da prática clínica; e fatores relacionados aos pacientes, a saber: comportamento, atitudes, conhecimento, adesão e preferências (GROL; WENSING, 2004; WENSING; BOSH; GROL, 2010; GROL et al., 2013; GROL; WENSING, 2013a).

A seguir, apresentam-se os aspectos ou fatores considerados facilitadores ou barreiras do processo de implementação para introdução da LVSC nos serviços de saúde, discutidos nos três estudos primários agrupados nesta categoria (estudos 25, 26 e 27) (FOURCADE et al., 2012; O'CONNOR et al., 2013; RUSS et al., 2015b).

a) Facilitadores e barreiras individuais

A aquisição de convicção sobre a relevância da LVSC pelos médicos experientes pode promover o uso mais efetivo da ferramenta no serviço de saúde (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

Nos estudos primários, as barreiras individuais identificadas foram falta de percepção sobre os benefícios da LVSC e compreensão sobre os itens e momento adequado para checagem (estudo 25) (FOURCADE et al., 2012); ausência de compreensão sobre os benefícios da lista (estudo 26) (O'CONNOR et al., 2013); resistência ativa ou passiva dos profissionais envolvidos, especialmente daqueles mais experientes, e com frequência maior dos cirurgiões e anestesistas, bem como ceticismo em relação à base de evidências sobre a ferramenta (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

b) Facilitadores e barreiras sociais/equipe

Em um estudo primário, os facilitadores sociais/equipe descritos foram o profissional com liderança, cirurgiões e anestesistas experientes conduzindo a checagem da lista e envolvimento da equipe multidisciplinar (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

As barreiras sociais/equipe identificadas foram a má comunicação entre cirurgião e anestesista, hierarquia existente entre as categorias profissionais (estudos 25 e 26) (FOURCADE et al., 2012; O'CONNOR et al., 2013); ausência de trabalho em equipe e de apoio sênior (estudo 26) (O'CONNOR et al., 2013).

c) Facilitadores e barreiras organizacionais

No estudo de Russ et al. (2015b) (estudo 27), os facilitadores organizacionais foram a integração da LVSC ao processo de trabalho existente e apoio da gestão, bem como as estratégias empregadas para implementar a lista, sendo que estas foram apresentadas no subitem d.

As seguintes barreiras organizacionais foram elencadas nas três pesquisas, a saber: além da rotina de preenchimento de diferentes impressos e assinaturas, a necessidade de registro de dados em outro impresso (LVSC), falta de tempo para checagem e realização de atividades simultâneas durante a execução da lista (estudo 26) (O'CONNOR et al., 2013); tempo dispendido com a checagem (estudos 25 e 27) (FOURCADE et al., 2012; RUSS et al., 2015b); cultura institucional resistente a mudanças, condutas a serem realizadas na checagem da LVSC redundantes com

práticas existentes, criando dificuldades para a integração da ferramenta ao processo de trabalho (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

d) Facilitadores e barreiras relacionadas às estratégias para implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica

As seguintes estratégias foram consideradas facilitadores do processo de implementação da LVSG: envolvimento da equipe na implantação da lista, educação e treinamento, *feedback*, sanções aplicadas na falta de adesão ao uso da ferramenta e lista adaptada para melhor integração ao processo de trabalho no serviço de saúde (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

As barreiras elencadas foram ausência de processo educacional/orientação (estudo 26) (O'CONNOR et al., 2013) e abordagem para implementação sem planejamento ou impositiva (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

e) Facilitadores e barreiras específicas da lista de verificação de segurança cirúrgica

Em uma pesquisa, a simplificação de itens da LVSC foi considerada como facilitador para o processo de implementação (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

As barreiras descritas foram itens da lista redundantes com processos existentes, itens ambíguos de checagem e riscos não contabilizados na LVSC, ou seja, a lista não continha itens que englobavam outros cuidados que devem ser realizados para prevenir eventos adversos ou complicações no paciente (por exemplo, preparo da pele do paciente) (estudo 25) (FOURCADE et al., 2012); necessidade de assinaturas dos membros da equipe no preenchimento da LVSC (estudo 26) (O'CONNOR et al., 2013); lista considerada muito longa, conteúdo e *layout* da ferramenta, lista/itens inapropriados para determinados procedimentos, especialidades e contextos; efeitos negativos não intencionais produzidos pelo uso inadequado da LVSC (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

f) Facilitadores e barreiras relacionados aos pacientes

Os facilitadores relacionados aos pacientes não foram mencionados nos estudos primários incluídos nesta categoria. A checagem da LVSC requer o

envolvimento do paciente, pois existem itens da lista, por exemplo, os dados de identificação e procedimento cirúrgico, os quais devem ser confirmados pelo paciente. Nesta situação, o paciente pode ter a falsa impressão de que o ambiente cirúrgico é inseguro, gerando ansiedade, o que consiste em barreira (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

Adicionalmente, nos estudos primários agrupados nesta categoria (estudos 25, 26 e 27), os pesquisadores descreveram como ocorreu o processo de implementação inicial para introdução da LVSC e, pautados na análise dos facilitadores/barreiras identificados neste processo, bem como no uso diário da ferramenta, propuseram recomendações sobre estratégias que podem otimizar o uso da lista na prática clínica (FOURCADE et al., 2012; O'CONNOR et al., 2013; RUSS et al., 2015b).

Neste aspecto particular, em uma pesquisa cujo objetivo consistiu em avaliar como a LVSC foi implementada em hospitais da Inglaterra, os autores destacaram que a maneira como a lista foi inicialmente implementada variou muito entre as instituições, a saber: processo planejado, com ênfase em estratégias para introdução e integração da ferramenta; processo limitado/nenhum planejamento, nesta situação a equipe desconhecia qualquer abordagem estruturada para uso; e abordagem impositiva, os participantes da pesquisa relataram sentimento de serem “forçados” a usar a LVSC pela gerência sênior do hospital ou do departamento de saúde, sem possibilidade de *feedback* ou envolvimento da equipe cirúrgica (estudo 27) (RUSS et al., 2015b).

Ressalta-se ainda que os resultados dos estudos primários agrupados nas duas categorias anteriores também evidenciaram os facilitadores de sucesso no processo de implementação da LVSC. Em uma pesquisa, a percepção positiva dos profissionais sobre o valor da LVSC foi aspecto facilitador individual de destaque (estudo 7) (VICENTE et al., 2012). Os fatores do contexto social também foram elencados, tais como: o envolvimento de todas as partes interessadas das subespecialidades e comprometimento de lideranças (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); perseverança, motivação e envolvimento dos enfermeiros no trabalho em equipe (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); clima bom de segurança em sala cirúrgica e forte liderança local comprometida com o projeto (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015).

Com relação aos fatores organizacionais, em um estudo os autores destacaram o envolvimento da administração para fornecer recursos (estudo 21) (LILAONITKUL

et al., 2015) e os fatores relacionados às estratégias para implementação da lista foram descritos em cinco pesquisas, a saber: programa educacional, auditoria, *feedback*, lembretes e pôsteres em salas cirúrgicas (estudo 1) (AVANSINO et al., 2011); programa educacional (estudos 3 e 7) (LEVY et al., 2012; VICENTE et al., 2012); intervenção colaborativa de múltiplos componentes (estudo 12) (SECANELL et al., 2014); adaptação da LVSC, programa educacional e *feedback* (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015).

Além dos facilitadores, as barreiras também foram descritas nas pesquisas incluídas nas categorias anteriores. Os fatores individuais englobaram a falta de compreensão sobre os itens da lista e momento adequado para a checagem (estudo 3) (LEVY et al., 2012); incerteza sobre a utilização adequada da ferramenta (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); crença de que o uso da LVSC acarreta sobrecarga de trabalho (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); crença de que a LVSC era exigência institucional (estudo 9) (MORGAN et al., 2013); os participantes apresentavam incertezas sobre como usar a LVSC e crenças individuais de ausência de evidências sobre a efetividade da lista (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014).

Com relação aos fatores do contexto social, as barreiras discutidas foram resistência da equipe (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); com exceção dos enfermeiros, a rejeição e resistência de outras categorias profissionais (estudo 7) (VICENTE et al., 2012); cultura hierárquica médica presente na equipe e resistência de seus membros, em especial dos cirurgiões (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014); falta de envolvimento dos cirurgiões e ausência de liderança (estudo 12) (SECANELL et al., 2014).

As barreiras organizacionais indicadas pelos pesquisadores, nos estudos primários agrupados nas categorias anteriores, incluíram cirurgia de urgência e número reduzido de funcionários nos finais de semana (estudos 1) (AVANSINO et al., 2011); falta de tempo (estudo 5) (WAEHLE et al., 2012); pouco apoio organizacional para implementar e executar as estratégias de treinamento, auditoria e *feedback* (estudo 11) (GAGLIARD et al., 2014); processo de trabalho caracterizado pela priorização de outras atividades e falta de tempo para executar a LVSC (estudo 12) (SECANELL et al., 2014); escassez de pessoal, materiais e equipamentos que não funcionavam (estudo 21) (LILAONITKUL et al., 2015). Com relação às estratégias relativas à implementação da LVSC, as seguintes barreiras foram elencadas: ausência de processo educacional permanente, falta de adaptação da LVSC para

cirurgia pediátrica e conteúdo do pôster (sem o passo a passo da execução e indicação dos responsáveis pela checagem (estudos 3) (LEVY et al., 2012); método impositivo para implementar a ferramenta, falta de esclarecimento sobre objetivos/benefícios/filosofia da LVSC e ausência de teste piloto para identificação de barreiras (estudo 9) (MORGAN et al., 2013).

A imposição institucional para a implementação da lista foi a barreira descrita relativa ao contexto econômico/administrativo/jurídico e a LVSC apresentar quantidade excessiva de itens de checagem foi a barreira específica da ferramenta (estudo 9) (MORGAN et al., 2013).

5.2 DISCUSSÃO DO ESTUDO DESCRITIVO

A discussão do estudo descritivo foi elaborada com ênfase no processo de implementação e uso diário da LVSC nos hospitais, com destaque para as estratégias utilizadas para implementar, adesão a ferramenta pela equipe cirúrgica, prática de uso, benefícios potenciais ou obtidos, facilitadores e barreiras desse processo.

Para promover a segurança do paciente cirúrgico, verificou-se que a maioria dos hospitais (16; 64,0%) implementou a LVSC. Entretanto, ainda existem aqueles que não implantaram a ferramenta (9; 36,0%). Esse dado é similar ao que ocorreu na Irlanda, pois o país adotou como política de saúde o uso da LVSC, mas esta não foi introduzida em todas as salas cirúrgicas (NUGENT et al., 2013).

De acordo com a OMS, no contexto mundial, desde a divulgação da LVSC, essa ferramenta tem sido aceita em muitos países, e, aproximadamente, 300 agências e organizações profissionais endossaram o seu uso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente para ratificar o apoio à iniciativa da OMS em prol da segurança do paciente e promover nacionalmente práticas seguras nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). Em relação à segurança do paciente na assistência cirúrgica, a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.377/2013 e a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36/2013 instituíram ações de gestão de risco voltadas à segurança cirúrgica, recomendando a adoção de padrões de

segurança a serem operacionalizados pela LVSC (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). Entretanto, com base nos resultados do presente estudo, pode-se inferir que a iniciativa governamental não foi suficiente para a implementação da LVSC em todas as instituições hospitalares.

Diante disso, reconhece-se que os hospitais precisam de ajuda para implementar a LVSC, pois muitos locais não têm recursos e/ou conhecimento necessários para organizar e liderar esforços da implementação, gerenciar as mudanças imprescindíveis, obter dados e capacitar equipes para conduzir este processo. Para alcançar a difusão ampla desta ferramenta, sugerem-se estratégias colaborativas mais regionais e subsidiadas nacionalmente para encorajar, capacitar, oportunizar o aprendizado conjunto entre os hospitais e apoiar os esforços locais para implementação da LVSC (LEAPE, 2014).

Como exemplo, em 2009, o Ministério da Saúde incentivou os centros de saúde da Catalunha na implantação da LVSC por meio de adesão voluntária a uma intervenção colaborativa de múltiplos componentes para segurança do paciente. Neste processo, a estratégia de destaque foram reuniões presenciais com representantes dos hospitais, as quais permitiram trocas de experiências, ideias, dúvidas e constrangimentos vivenciados na implantação, acarretando aprendizagem conjunta (troca de experiências/ideias) entre os hospitais interessados em vencer as barreiras durante o processo de implementação. A ferramenta foi implantada em 48% dos casos cirúrgicos nos hospitais participantes, e a intervenção colaborativa auxiliou a promover e facilitar o processo de implantação, monitoramento e avaliação da lista nos hospitais. Contudo, os gestores dos centros de saúde consideraram que a efetiva implementação requer mudança cultural e, portanto, é tarefa complexa e desafiadora (SECANELL et al., 2014).

Neste estudo, os resultados evidenciaram variação de formatos da LVSC para utilização na prática clínica, com predomínio de respostas de duas ou mais formas da ferramenta (n=35) disponíveis para utilização em sala cirúrgica e a opção de formato único impresso da LVSC (n=34). Em investigação, o uso do formato impresso da LVSC (73%) prevaleceu sobre os demais (NUGENT et al., 2013). Geralmente, a LVSC é disponibilizada na forma impressa em papel para uso manual ou pôster a ser instalado na parede ou em suporte na sala cirúrgica e, em alguns serviços de saúde, em sistema eletrônico. Entretanto, não há evidências sobre qual é o tipo de formato da lista que pode favorecer a melhoria do desempenho da equipe na sua checagem

(TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014; SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

A escolha do formato deve ser pautada em princípios, a saber: a LVSC deve ser acessível, visível, legível, utilizável por todos e estar localizada adequadamente. Para facilitar a sua integração no processo de trabalho, cada local deve escolher o formato mais adequado e adaptado às condições estruturais do serviço de saúde (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

Para a compreensão sobre os diferentes formatos, salientam-se algumas considerações. Para uso manual, cada membro da equipe cirúrgica deve ter acesso à cópia impressa da lista em papel. Neste formato, o circulante deve ter em mãos uma cópia para facilitar a leitura pelo cirurgião ou instalá-la no suporte de soro mais próximo deste profissional, com respeito aos princípios da assepsia. Diferentes cópias devem estar disponíveis em sala cirúrgica. As vantagens incluem facilidade na elaboração do *layout* da lista pelos implementadores, revisão em qualquer tempo e custo baixo para impressão (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

No formato em pôster, um ou mais cartazes são suspensos na parede da sala cirúrgica ou no suporte de soro para a leitura pelos membros da equipe. As vantagens abrangem facilidade de elaboração e aquisição. Além disso, este formato funciona como recurso visual para reforçar a importância da ferramenta para a equipe, o que facilita a participação de todos na checagem. Em contrapartida, o formato em pôster requer espaço na parede ou na sala cirúrgica, pode ter custo elevado dependendo do material empregado na confecção e das opções elegíveis para instalação, e, caso haja modificações na lista, os pôsteres deverão ser substituídos pela versão atualizada (NORTON; RANGEL, 2010; SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

No formato eletrônico, a LVSC é visualizada por um ou mais monitores presentes na sala cirúrgica. As vantagens são o aproveitamento do espaço em salas que já possuem monitores, dispensa preocupações com a assepsia e facilita o rastreamento de dados. Este formato exige parceria com o setor de tecnologia da informação, o conteúdo deve ser sincronizado com o fluxo operacional para não comprometer a checagem e requer capacitação dos envolvidos (VICENTE et al., 2012; SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015). Apesar de este formato facilitar a checagem, quando a LVSC é entendida apenas como exercício

de assinalar itens, os registros eletrônicos podem ser incertos e maiores do que efetivamente realizados pela equipe cirúrgica (SATURNO et al., 2014).

De acordo com os relatos dos participantes desta pesquisa, os enfermeiros de CC foram mencionados, com frequência maior, como sendo os profissionais responsáveis pela iniciativa (63,6%) e planejamento (71,4%) da implementação da LVSC nos hospitais. Esses dados corroboram com os resultados de pesquisas conduzidas em outros países, nas quais os enfermeiros foram responsáveis pelo planejamento para a implementação da LVSC em hospitais do Canadá (GAGLIARDI et al., 2014) e Espanha (VICENTE et al., 2012). Neste estudo, os autores destacaram que a participação ativa, motivação e persistência dos enfermeiros possibilitou a implantação da ferramenta e revelou a cultura de enfermagem em prol da segurança do paciente (VICENTE et al., 2012).

Em estudo desenvolvido cujo objetivo consistiu em investigar os fatores que distinguem a implementação efetiva da LVSC, em cinco hospitais do estado de Washington (Estados Unidos da América), os resultados demonstraram que categorias profissionais diferentes estiveram envolvidas na condução do processo, ou seja, cirurgião, anestesista ou equipe multidisciplinar (anestesistas e enfermeiros). Todavia, o sucesso da implantação da ferramenta foi maior quando conduzido por equipe multidisciplinar, a qual se reuniu de forma regular e espontânea, do que quando o processo foi desenvolvido por um único membro da equipe cirúrgica (CONLEY et al., 2011).

Para a implementação efetiva da LVSC, sugere-se que esse processo seja conduzido por equipe multidisciplinar. Para o preparo de equipe efetiva, recomenda-se a inclusão de representantes de cada função, dentre os quais cirurgião, anestesista, enfermeiro, circulante e instrumentador, pessoas com as seguintes características: respeitadas pelos pares, entusiasmadas, comprometidas e interessadas em iniciativas para melhorar a segurança do paciente e que acreditem que a comunicação e trabalho em equipe possam ser otimizados. Quando possível, para a composição mais heterogênea desse grupo, deve-se incluir um administrador ou representante de projetos de melhoria da qualidade, pois esses profissionais trazem contribuições relacionadas à sua experiência de trabalho em setores externos ao CC que podem ser distintas daquelas oferecidas pela equipe cirúrgica. Especialmente, os cirurgiões e anestesistas, para serem recrutados, devem possuir

disponibilidade, exercer boa influência e imagem positiva junto aos seus pares (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

No presente estudo, como estratégia para implementar a LVSC, a maioria dos enfermeiros (n=65) afirmou a realização de programa educacional com conteúdo centrado nas explicações sobre por que e como utilizar a ferramenta. Contudo, consideram-se preocupantes as respostas de enfermeiros (n=12), as quais indicaram que essa estratégia não foi ofertada para a equipe cirúrgica, pois é consenso na literatura a educação como elemento essencial e facilitador da implementação da LVSC (CONLEY et al., 2011; BORCHARD et al., 2012; NUGENT et al., 2013; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014; SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

No contexto mundial e nacional em países com distintas condições socioeconômicas, as publicações sobre a LVSC têm em comum a adoção de estratégias educativas como recurso para implementar a ferramenta nos serviços de saúde (AVANSINO et al., 2011; LEVY et al., 2012; NUGENT et al., 2013; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014; RUSS et al., 2015b; SANTANA et al., 2016) ou otimizar seu uso diário com vistas à melhoria de adesão e desempenho correto na checagem (O'CONNOR et al., 2013; PUTNAM et al., 2014; LILAONITKUL et al., 2015). No entanto, dada a diversidade de estratégias educativas utilizadas em relação à categoria profissional participante, conteúdo, tempo dedicado a essa atividade, resultados obtidos (AVANSINO et al., 2011; SEWELL et al., 2011; LEVY et al., 2012; NUGENT et al., 2013; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014) ou ausência de processo educacional (O'CONNOR et al., 2013), esse facilitador pode se tornar barreira.

Por exemplo, em estudo no qual os autores empregaram estratégia educativa única para implementar a LVSC em hospital no Texas, o treinamento foi obrigatório para a equipe cirúrgica, com exceção da categoria médica. A estratégia adotada acarretou em checagem incompleta e inadequada da LVSC, falta de compreensão sobre itens e momento adequado para a checagem, ausência de clareza sobre o papel de cada categoria profissional na checagem. Os pesquisadores salientaram como barreiras a ausência de processo educativo permanente e falta de orientações para os médicos (LEVY et al., 2012). Em outra pesquisa, os autores ressaltaram a inexistência de treinamento para utilizar a ferramenta, o que culminou em utilização inadequada e foi considerada uma barreira pela equipe cirúrgica (O'CONNOR et al., 2013).

Em 2012, em revisão sistemática conduzida para avaliar a eficácia, adesão e fatores críticos envolvidos na implementação de listas de verificação em cirurgias, os autores reforçaram que a implementação efetiva da LVSC deve abranger abordagem educativa pautada em como e por que utilizar a ferramenta (BORCHARD et al., 2012).

A explicação dos motivos que justificam o uso da LVSC oferece uma base lógica para a sua implementação, destacando os valores da ferramenta alinhados aos da instituição, os quais possibilitam que a equipe cirúrgica reconheça o seu próprio papel na segurança do paciente, oportuniza a compreensão, entusiasmo e engajamento. Além disso, a explicação sobre por que usar a LVSC é considerada pré-requisito para demonstrar como usá-la, pois, se os profissionais são inerentemente receptivos ou resistentes, esse esclarecimento aumenta a chance da participação da equipe na implementação, e, possivelmente, esforços subsequentes para mostrar como usar a LVSC serão bem-sucedidos. Mostrar como significa demonstrar adequadamente a técnica para uso da ferramenta e exige treinamento e observação de curto e longo prazo para garantir a continuidade do uso (CONLEY et al., 2011).

Para melhor subsidiar esse componente fundamental e insubstituível, em publicação recente recomenda-se a educação como um processo mais abrangente sob a tríade: 1. Conversa informal com cada membro da equipe cirúrgica: este diálogo visa conectar cada profissional com a ideia e propósito da LVSC e, diretamente, solicitar colaboração para uso da ferramenta, antes da efetiva introdução em sala cirúrgica (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015); 2. Treinar cada membro da equipe cirúrgica antes do uso efetivo: a abordagem inclui explicação de como fazer, demonstrar e dar oportunidade para a equipe cirúrgica praticar exaustivamente a checagem (CONLEY et al., 2011; SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015). Esse treinamento deve ocorrer antes do uso em pacientes, pois, durante a primeira utilização, os membros da equipe cirúrgica precisam estar seguros em relação ao treinamento e apoio recebidos, sendo que a preparação inadequada pode prejudicar o andamento do procedimento cirúrgico. Para viabilidade desta etapa, pode-se treinar membros da equipe individualmente, em grupo ou equipe cirúrgica completa (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015); 3. Treinamento continuado e orientação *in loco*: uma vez que a LVSC começa a ser utilizada, os membros da equipe cirúrgica precisam ser apoiados e orientados para melhorar o desempenho no uso

diário (LEVY et al., 2012; RICCI; BRUMSTED, 2012; NUGENT et al., 2013; SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

No que se refere ao responsável pela condução da checagem diária da LVSC em sala cirúrgica, os percentuais maiores indicados pelos participantes foram para o circulante (n=59; 76,6%), seguido pelo enfermeiro do CC (n=43; 55,8%). Esses resultados demonstraram concordância com o preconizado pela OMS, pois uma pessoa deve ser responsável por verificar os itens de checagem da ferramenta, esse coordenador frequentemente será um profissional da enfermagem, mas pode ser outro membro da equipe cirúrgica. No complexo cenário da sala cirúrgica, designar um líder do processo de checagem é essencial para confirmar a conclusão de cada etapa da LVSC e evitar a omissão de itens de segurança. Uma desvantagem possível da atribuição da coordenação da checagem a um único membro da equipe é estabelecer relação antagônica com os demais profissionais, pois o coordenador deve ter autonomia para interromper o progresso da próxima fase cirúrgica até que cada etapa da lista seja corretamente concluída (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Em outros estudos, os resultados evidenciaram que o membro da equipe de enfermagem com função de circulante de sala coordenou o processo de checagem da LVSC (AVANSINO et al., 2011; VICENTE et al., 2012; NUGENT et al., 2013). Em contrapartida, há evidências de que a responsabilidade pela checagem da ferramenta foi compartilhada entre as diferentes categorias profissionais (SEWELL et al., 2011; HANNAM et al., 2013; O'CONNOR et al., 2013; ONG et al., 2015).

Em pesquisa desenvolvida em hospital de ensino na Noruega, a coordenação da checagem da LVSC coube aos enfermeiros, os quais adotaram diferentes condutas para exercer tal função. Para cada conduta, resultados diferentes foram obtidos, a saber: os enfermeiros se distanciaram da equipe e checaram a lista de forma silenciosa, o que culminou no uso inadequado e aleatório da ferramenta; enfermeiros empreenderam ações sutis, tais como somente a verbalização de alguns itens da lista, resultando em envolvimento seletivo da equipe; e enfermeiros se engajaram e exerceram liderança ativa e controle, exigindo, assim, atenção da equipe na checagem e, com isso, obtiveram uso efetivo e envolvimento interdisciplinar, mesmo com certa resistência (WAEHLE et al., 2012).

A experiência da atribuição de checagem da LVSC entre as três categorias profissionais (enfermeiros, cirurgiões e anestesistas) contribuiu para melhorar a

adesão ao uso da LVSC e engajamento da equipe (ONG et al., 2015). Contudo, essa mesma iniciativa adotada em outro contexto resultou em ausência de rigor na utilização da ferramenta e trabalho em equipe (O'CONNOR et al., 2013).

Após dez anos da criação da campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, no contexto mundial, experiências com a implementação da LVSC foram divulgadas e indicaram que a ferramenta foi adaptada e implementada de maneira distinta entre os hospitais, havendo a integração de diferentes estratégias para melhorar as práticas de segurança cirúrgica e alcançar os benefícios do uso da ferramenta em cenários diversos (CONLEY et al., 2011; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014; GILLESPIE; MARSHALL, 2015). Além disso, serviços de saúde optaram por implementação planejada, pouco planejada ou sem nenhum planejamento na incorporação dessa prática inovadora (GILLESPIE; MARSHALL, 2015).

Apesar de a implementação ser considerada elo crítico entre uma decisão organizacional sobre adotar uma iniciativa, tecnologia ou prática inovadora e o seu uso rotineiro (DAMSCHRODER et al., 2009), as evidências demonstraram que a implementação da LVSC pelos serviços de saúde foi considerada processo complexo e desafiador, pois requer que equipes cirúrgicas mudem comportamentos e aprendam novos hábitos (SECANELL et al., 2014; SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015). Ademais, estudiosos da problemática afirmaram que, muitas vezes, a forma como a LVSC foi implementada acarretou em execução incompleta ou inconsistente (GILLESPIE; MARSHALL, 2015) e acentuaram que os resultados para os pacientes podem variar conforme a efetividade do processo de implementação (CONLEY et al., 2011).

Diante dessas constatações, numa perspectiva macropolítica, um fator que poderia ter contribuído para tal situação é que, apesar de as recomendações da OMS e ações governamentais empreendidas na realidade brasileira terem abordado aspectos-chaves para orientar a operacionalização da LVSC em sala cirúrgica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009), não focaram nas estratégias ou ações necessárias, adequadas e efetivas para conduzir o processo de implementação, atribuindo aos serviços de saúde a árdua tarefa de examinar como melhor integrar a ferramenta em seu processo de trabalho, permitindo a cada hospital implantar a LVSC ao seu modo.

Do ponto de vista da micropolítica institucional, outro fator contribuinte é que os processos de implementação de listas de verificação cirúrgica, conduzidos nos

serviços de saúde, têm como foco o que pode ser feito, deixando de lado a busca e reflexão sobre o que é recomendável e adequado fazer, mas que foi inviável (ECCLES et al., 2009; GILLESPIE; MARSHALL, 2015).

Nesse particular, a maioria das pessoas envolvidas acredita, erroneamente, que a implementação de pelo menos alguns componentes do programa são melhores do que nada fazer. Entretanto, programas de implementação devem ser executados com fidelidade ao modelo original para preservar mecanismos que alterem o comportamento dos envolvidos e mantenha a implementação efetiva (ARTHUR; BLITZ, 2000; MIHALIC, 2004).

Na implementação da LVSC propriamente dita, o equívoco está em considerá-la intervenção técnica simples ao invés de compreendê-la com uma intervenção comportamental complexa. Nesse entendimento, muitas vezes, as abordagens das habilidades não técnicas (comunicação e trabalho em equipe) necessárias para execução adequada da lista de verificação são negligenciadas durante o processo, de tal modo que esta abordagem simplista credencia o profissional responsável pela checagem assegurar que todos os itens sejam marcados, como um mero exercício de assinalar, independentemente da preservação dos princípios fundamentais que regem à LVSC e que garantem a efetiva comunicação e trabalho em equipe (LEAPE, 2014; BERGS et al., 2015b).

A partir da análise das evidências disponíveis, um modelo explicativo foi desenvolvido para implementação mais assertiva e sustentabilidade de listas de verificação cirúrgica. Esse modelo abrange quatro processos que operacionalizam a implementação da ferramenta, a saber: 1. Liderança ativa: inclui a tomada de decisão no ponto do cuidado, liderança de cada disciplina envolvida e participação ativa da equipe que são moderados pelo clima organizacional, identidade profissional e características dos implementadores; 2. Estratégias de apoio: englobam estratégias para engajar as partes interessadas na aprendizagem pautada no diálogo e apoio para implementar e usar ao invés de sanções. No entanto, o equilíbrio entre utilizar ações regulatórias "mais flexíveis" ao invés de "mais autoritárias" é tênue e depende de fatores contextuais, tais como: as expectativas organizacionais, do setor, normas e clima de segurança; 3. Simplificação de processos: ações que considerem a adaptação ao contexto local podem ser mais assertivas para garantir a sustentabilidade ao longo do tempo na prática clínica; 4. Reflexão: inclui estratégias

pautadas no monitoramento, *feedback* e aprendizagem coletiva (GILLESPIE; MARSHALL, 2015).

Nessa direção, os hospitais se preocuparam em adotar estratégias mais abrangentes para tornar o processo de implementação eficaz com vistas a melhorar a conformidade com as práticas de segurança conhecidas, reduzir complicações e melhorar o trabalho em equipe (BIRKMEYER, 2010).

Na literatura, dentre as iniciativas identificadas, destaca-se o projeto intitulado Cirurgia Segura 2015, desenvolvido pelo *Ariadne Labs*, centro norte-americano conduzido por grupo de pesquisadores da Universidade Harvard, dentre os quais colaboradores da campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS. Esse centro tem como foco a elaboração de projetos de melhoria de sistemas de saúde e assistência e que possam salvar vidas, a serem implementados mundialmente. O Cirurgia Segura 2015 culminou no desenvolvimento de uma estrutura para implementação da LVSC pautada na experiência mundial de mais de 4.000 serviços de saúde. Inicialmente, as estratégias foram implementadas em 67 hospitais da Carolina do Sul em parceria com a associação de hospitais dessa região (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015; MOLINA et al., 2016).

Após a implementação deste projeto de larga escala, os resultados indicaram a sua contribuição para melhorar a percepção da equipe cirúrgica sobre o efeito benéfico da LVSC na liderança clínica, coordenação de equipe e comunicação, respeito mútuo, práticas seguras e obtenção de resultados positivos relacionados à segurança (MOLINA et al., 2016).

No contexto mundial, para a divulgação e expansão da iniciativa mencionada, um guia de implementação da LVSC foi elaborado, o qual descreve detalhadamente a estrutura de implantação, identifica as melhores práticas, encoraja os serviços de saúde na adoção dessa estrutura e traz considerações sobre como aplicá-lo em cada contexto local. O documento incluiu materiais de apoio (técnicas e instrumentos) para executar cada passo, na tentativa de evitar problemas comuns nesse processo e alcançar sucesso na implementação e/ou qualificação do uso da LVSC com vista à melhoria da comunicação e do trabalho em equipe. Esse guia é um diferencial em termos de recomendações sobre o processo de implementação, pois explora com abrangência e profundidade a estrutura e estratégias para a implementação dessa ferramenta (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

Em linhas gerais, o documento apresenta a estrutura para a implementação da LVSC composta por quatro fases que envolvem 11 passos essenciais:

1. Planejar: esta fase é composta por quatro passos, os quais incluem: a) composição de equipe multidisciplinar para planejar e executar a implementação, com definição de papéis, expectativas e processos; b) compreender a ferramenta: a equipe de implementação aprenderá sobre os aspectos históricos e objetivos relativos à LVSC; c) avaliar o ambiente de trabalho: observação *in loco* da atuação das equipes e dinâmica do grupo no contexto da sala cirúrgica e avaliação da cultura; d) tomada de decisão para introduzir a LVSC: decidir se o momento é oportuno para introduzir a ferramenta com base nas avaliações preliminares mencionadas;

2. Adequar: esta fase abrange também quatro passos: e) adaptação e teste da LVSC: considerada uma das tarefas-chave da equipe de implementação, anterior ao uso da ferramenta; f) planejamento para introdução efetiva: neste passo recomenda-se fazer uma pausa e planejar o que a equipe de implementação vai fazer, como e quando, para disseminar o uso da LVSC. O que fazer inclui realizar conversas individuais, promover o uso da ferramenta, educação/formação para a equipe, treinamento e supervisão *in loco*. Devem-se listar as tarefas relacionadas a cada ação e criar um cronograma; g) realizar conversas particulares: é considerada a primeira etapa de aprendizagem da equipe cirúrgica. Destaca-se que não há substituição para esta conversa com cada membro da equipe cirúrgica; h) promover a LVSC: por meio de estratégias criativas transmitir mensagens sobre a ferramenta, apresentação dos esforços empreendidos e progressos obtidos até o momento. É considerada estratégia de promoção da LVSC complementar às conversas individuais empreendidas anteriormente;

3. Disseminação: fase com ênfase no programa educacional mais abrangente para colocar a ferramenta em uso, composta por dois passos: i) treinar e disseminar: segunda etapa de aprendizagem, uma vez que houve a conversa individual com todos os membros da equipe cirúrgica, faz-se necessário treinamento para uso correto da LVSC antes da aplicação em pacientes. O objetivo é explicar e demonstrar como deve ser utilizada e dar oportunidade para a equipe praticar; j) observar e acompanhar: o acompanhamento, *feedback*, apoio e treinamento continuado *in loco* são considerados como a terceira parte do processo de aprendizagem. Esse passo é realizado por um *coach*, membro da equipe recrutado e previamente capacitado para

essa função, com vistas à melhoria do desempenho cotidiano da equipe para uso efetivo da LVSC e sustentabilidade ao longo do tempo;

4. Aperfeiçoamento/melhorias: esta fase contempla único passo, a saber: k) promover melhoria contínua: até o período de execução da LVSC, inúmeros esforços foram empreendidos para efetiva utilização da ferramenta. A partir desse ponto, o desafio é garantir a sustentabilidade e melhorar o uso ao longo do tempo. Fazer revisões periódicas pode ajudar na utilização adequada e auxiliar as equipes na adaptação às novas condições (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

Na presente pesquisa, em relação ao uso diário da LVSC nos hospitais que implementaram a ferramenta, os resultados evidenciaram que a maioria dos enfermeiros respondeu que a equipe cirúrgica adere parcialmente ao uso da lista, a adesão é diferente entre as etapas de checagem, com maior adesão na entrada e menor na saída. Entre as categorias profissionais, houve adesão maior pela equipe de enfermagem e menor pelos cirurgiões. Dos 77 enfermeiros respondentes, 19 (24,7%) apontaram que alguns itens da LVSC não são checados, itens da pausa e saída são mais negligenciados. Esses dados são semelhantes aos resultados de revisão sistemática, os quais evidenciaram que a taxa de adesão foi diferente entre os hospitais, membros da equipe cirúrgica, partes da LVSC e itens de checagem (BORCHARD et al., 2012).

No contexto brasileiro, os autores investigaram a adesão ao uso da LVSC, ou seja, se a ferramenta havia sido utilizada nas cirurgias, por meio da análise de 375 prontuários médicos. Os resultados demonstraram que em 60% dos casos a LVSC foi utilizada, mas apenas em 4% estavam completamente preenchidas (FREITAS et al., 2014). No contexto mundial, constata-se variação na taxa de adesão ao uso da ferramenta, taxa média de adesão de 75% com variação entre 12% a 100% (BORCHARD et al., 2012).

Em relação à adesão, considera-se relevante que, em locais onde as taxas de adesão ao uso da LVSC são elevadas, muitas vezes a qualidade do preenchimento e fidedignidade aos objetivos da ferramenta estão comprometidas (BLISS et al., 2012; KIEFFER et al., 2013). Nestas circunstâncias, a taxa de adesão pode, na melhor das hipóteses, ser considerada moderada (RYDENFÄLT; EK; LARSSON, 2013). Em estudo sobre a adesão à LVSC, desenvolvido em hospital na região Sul do Brasil, os autores concluíram que, embora a ferramenta tenha sido empregada em todas as

cirurgias observadas, não houve adesão significativa a itens específicos da lista (MAZIERO et al., 2015).

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros respondeu que houve incremento da adesão desde o início da implementação da LVSC. Entretanto, para aproximadamente um terço dos participantes (26; 33,8%), o aumento da adesão não ocorreu. Esses dados são corroborados com pesquisas, nas quais os resultados evidenciaram incremento na adesão ao uso da LVSC, desde a sua implementação, e as estratégias utilizadas no processo de implementação contribuíram para otimizar a utilização dessa ferramenta (AVANSINO et al., 2011; SEWELL et al., 2011). Contudo, há evidências de que o uso da lista de verificação cirúrgica não se sustentou ao longo do tempo (LEVY et al., 2012; LILAONITKUL et al., 2015; ONG et al., 2015).

De acordo com o relato dos enfermeiros, os principais fatores contribuintes para o incremento da adesão foram: tomada de consciência sobre a importância da LVSC (relacionado à equipe cirúrgica), programa educacional e educação permanente (relacionado ao processo de implementação) e melhoria da segurança do paciente, da equipe e da cirurgia (relacionado aos resultados obtidos).

Em estudo quase experimental com o objetivo de avaliar o uso da LVSC pela equipe cirúrgica, antes e depois da implementação de programa educacional, os resultados demonstraram que o ensino pautado na importância e benefícios do uso da ferramenta contribuiu para melhorar significativamente a adesão e percepção positiva sobre a LVSC pela equipe cirúrgica (SEWELL et al., 2011).

No âmbito global, desde o desenvolvimento da LVSC pela OMS, as equipes cirúrgicas se tornaram mais conscientes da importância da adoção de medidas preventivas para reduzir as complicações pós-operatórias e mortalidade. Assim, um fator contribuinte para tal situação foi a difusão ampla da implementação da LVSC nos serviços de saúde (PATEL et al., 2014).

Diferentes fatores podem criar condições que facilitem inicialmente a implementação da LVSC, porém, se as mesmas condições estiverem ausentes ou diminuam ao longo do tempo ou se, após a implantação, estiverem em discordância com os objetivos originais da intervenção e intenções de acolhimento pelos sistemas ou organizações, a manutenção da intervenção com nível suficiente de qualidade, intensidade ou abrangência pode não se sustentar ao longo do tempo (STIRMAN et al., 2012).

Os resultados de estudo quase experimental reforçaram a afirmação anterior, uma vez que a realização de programa de treinamento com foco na educação possibilitou a melhoria da adesão ao uso da LVSC e extinção de eventos adversos (sete eventos adversos para nenhum). Após 14 meses da intervenção, sem estratégia adicional neste período, cinco eventos adversos ocorreram. Os autores concluíram que a estratégia reduziu a ocorrência de cirurgia em local errado, retenção de itens e custos relacionados, mas que a educação permanente é necessária para a manutenção de resultados positivos (RICCI; BRUMSTED, 2012). Portanto, reconhecer essa tendência e determinar a forma de promover a continuidade de práticas efetivas para obtenção dos resultados desejados de saúde são tão importantes quanto a compreensão de como implementá-las inicialmente (STIRMAN et al., 2012).

Conforme já mencionado, 44 enfermeiros relataram que há diferença na adesão às etapas da LVSC. Esses dados são similares aos resultados de pesquisas desenvolvidas no contexto internacional e nacional (VATS et al., 2010; SANTANA et al., 2016). Na experiência da introdução da LVSC em hospital do Reino Unido, os autores constataram, por meio de auditoria interna, que a adesão às etapas da entrada e pausa foi habitual, mas a etapa da saída foi executada raramente (VATS et al., 2010). No estudo nacional, a LVSC foi implementada em três hospitais do Distrito Federal, e os resultados, obtidos por meio de observação direta, indicaram que a adesão à etapa de saída foi inferior às duas primeiras etapas (entrada e pausa), principalmente em relação ao item relacionado aos problemas com equipamentos (hospitais 2 e 3) e contagem cirúrgica (hospital 2). Nos casos em que a contagem cirúrgica foi executada, o procedimento ocorreu após a saída do paciente da sala cirúrgica (SANTANA et al., 2016).

Uma explicação possível para adesão baixa relativa à etapa de saída pode ser a execução de atividades simultâneas que os enfermeiros encarregados (circulantes de sala) da checagem da LVSC possuem no final do procedimento anestésico cirúrgico (VOGTS et al., 2011). Adicionalmente, a última etapa de checagem pode ser comprometida e tornar o cuidado menos seguro para o paciente com a saída de membros da equipe cirúrgica da sala, antes do término do procedimento (RUSS et al., 2015a).

Quando uma etapa da LVSC é omitida, sem ocorrer manifestação contrária ao desvio por membros da equipe ou demais profissionais envolvidos, e prejuízos não

são identificados no paciente, o desvio é facilmente aceito ou institucionalizado. Neste caso, a lista é considerada uma barreira de segurança fraca, vulnerável à normalização do desvio e pode ser naturalmente negligenciada, especialmente nas etapas de checagem que são percebidas como menos importantes pelos usuários (RYDENFÄLT; EK; LARSSON, 2013).

Na presente pesquisa, 64 enfermeiros (83,1%) responderam que há diferença na adesão ao uso da LVSC entre as categorias profissionais. Na literatura, há evidências que comprovam a resistência diferente na utilização da ferramenta entre as categorias profissionais (VATS et al., 2010; WEISER; BERRY, 2013; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014; GILLESPIE; MARSHALL, 2015). Em um estudo, os resultados evidenciaram que os anestesistas e enfermeiros foram favoráveis ao uso da LVSC, mas alguns cirurgiões não estavam entusiasmados (VATS et al., 2010). Em geral, o *feedback* de equipes cirúrgicas foi positivo, mas o apoio tendeu a ser maior pelos enfermeiros e anestesistas do que pelos cirurgiões (TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014).

Geralmente, os enfermeiros são profissionais da saúde mais habituados com o uso de listas de verificação como um componente estruturado de atendimento clínico, o que pode favorecer a adesão dessa categoria (WEISER; BERRY, 2013). Contudo, especialmente em relação à LVSC, a falta de compreensão sobre seus objetivos pode influenciar a não adesão da utilização da ferramenta pelos enfermeiros (GILLESPIE; MARSHALL, 2015).

A adesão pode ser limitada pela categoria profissional, especialmente os médicos, pois esses profissionais acreditam que o uso formal da LVSC é redundante, uma vez que já promulgam estes princípios na prática clínica (GILLESPIE; MARSHALL, 2015). Além disso, alguns médicos compreendem, equivocadamente, padronizações como fator limitante à sua capacidade de julgamento clínico (BOSK et al., 2009; HURTADO et al., 2012) e as consideram carga administrativa adicional e/ou apenas algo atrativo, mas não suficientemente relevante para se envolverem (MICHEL; LEMAIRE; ROSIERE, 2015).

Frente ao exposto, o uso sustentado de lista de verificação cirúrgica pode ser específico de cada disciplina e bem-sucedido quando os médicos são ativamente engajados nesse processo. Os médicos envolvidos na adaptação da lista de verificação para o contexto em que atuam e incentivados na reflexão e avaliação do

processo de implementação podem ser mais participativos e possuir senso maior de propriedade em relação à ferramenta (GILLESPIE; MARSHALL, 2015).

Neste estudo, a maioria dos enfermeiros (72,7%) relatou que a execução da checagem da LVSC ocorre verbalmente com o preenchimento de todos os itens (74,0%). Entretanto, a maioria dos participantes (64,9%) destacou que, durante o procedimento, a equipe cirúrgica completa não está presente, há desatenção e ocorre sem participação ativa de membros da equipe. Especificamente, as distorções mencionadas com frequência maior foram a checagem realizada somente pela equipe de enfermagem ou membro dessa equipe e sem checagem verbal, e a checagem realizada sem a presença do cirurgião. Frente às inadequações na prática de checagem da ferramenta, pode-se inferir que, nestes locais, talvez o uso da LVSC foi compreendido como mero exercício de assinalar itens, e não como prática que favoreça a comunicação e trabalho em equipe, o que é contraditório ao que é preconizado pela OMS.

Em estudo desenvolvido em cinco hospitais da Inglaterra, os resultados foram semelhantes, os pesquisadores observaram a execução da LVSC nas salas cirúrgicas. Em 40% dos casos, os membros da equipe estavam ausentes na pausa e saída, e não conseguiram interromper outras atividades ou se concentrar nas verificações em aproximadamente 70% dos casos. O desempenho mais adequado ocorreu quando os cirurgiões conduziram a checagem, todos os membros estavam presentes e interromperam as demais atividades para cumprir a LVSC (RUSS et al., 2015a).

Em pesquisa cujos autores investigaram a percepção da equipe cirúrgica sobre o uso da LVSC, somente 40% dos enfermeiros entrevistados relataram ocorrer a interrupção de atividades para checagem das três etapas da LVSC (MOLINA et al., 2016).

O aspecto de a LVSC não ser executada conforme preconizado não deve ser visto com pessimismo, pois indica a existência de potencial para a melhoria do processo de implementação (RYDENFÄLT et al., 2013). Em geral, a implementação de intervenções comportamentais concebidas para qualificar a prática clínica é permeada com nuances de sucesso ou fracasso, pois raramente a experiência é bem-sucedida ou sem sucesso em sua totalidade. A implementação de protocolo de lista de verificação pode promover a qualificação do processo de trabalho e trabalho em equipe em alguns contextos, mas falha ou tem sucesso limitado em outros. Essas

constatações podem ajudar os líderes e administradores hospitalares na seleção de intervenções mais adequadas ao contexto local (GILLESPIE; MARSHALL, 2015).

Para melhor compreensão sobre o processo de checagem da LVSC, deve-se considerar que a ferramenta inclui dois tipos de itens que ajudam a tornar o cuidado de cada paciente mais seguro, a saber: itens para lembrar os membros da equipe cirúrgica na verificação, execução e discussão de etapas críticas de segurança, e itens para lembrar os profissionais a compartilhar informações críticas sobre o paciente, riscos e planejamento cirúrgico, para dar unidade ao trabalho em conjunto e torná-lo mais efetivo (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

Diante disso, as ações não devem ser limitadas à confirmação da identidade do paciente, operação e sítio cirúrgico, instrumentos necessários, fluidos, hemoderivados e equipamentos disponíveis. Também devem incluir a apresentação de todos os membros da equipe, o cirurgião deve informar os demais membros sobre as etapas críticas da cirurgia e resolver quaisquer preocupações verbalizadas pela equipe de anestesia e enfermagem (LEAPE, 2014). A falta de participação ativa de membros da equipe infringe os princípios norteadores da LVSC, uma vez que o diálogo promovido pelo uso da ferramenta tem grande impacto na melhoria do cuidado cirúrgico e pode mudar positivamente a forma como os membros da equipe cirúrgica interagem uns com os outros e pacientes. Portanto, esses itens não devem ser removidos ou negligenciados (SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE, 2015).

Na presente pesquisa, quase a totalidade dos enfermeiros atuantes nos hospitais que implementaram a LVSC (98,7%) percebeu benefícios para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde. Os benefícios mencionados para os pacientes com frequência maior foram a promoção da segurança do paciente (96,1%) e a prevenção de eventos adversos (85,75). Em relação à equipe cirúrgica, a oportunidade de diálogo, com socialização de informações relevantes para o paciente, melhor planejamento do cuidado e tomada de decisões coletivas foi o benefício com percentual maior (83,1%), e para o serviço de saúde houve predomínio da melhoria da qualidade do cuidado (93,5%). Todos os enfermeiros dos hospitais que ainda não implementaram a ferramenta (14; 100%) relataram que o uso da LVSC pode acarretar benefícios para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde, sendo indicados resultados similares com os já mencionados.

Em estudo recente conduzido para investigar a percepção da equipe cirúrgica sobre a segurança perioperatória, antes e após a implementação da LVSC, os resultados demonstraram que 73,6% dos usuários perceberam que o uso da LVSC tinha evitado problemas e a prevenção de complicações cirúrgicas, entretanto os autores não especificaram quais foram os eventos prevenidos (MOLINA et al., 2016).

Em revisão sistemática sobre os efeitos produzidos pelos *checklists* de segurança na medicina, os resultados constataram que essas ferramentas são efetivas para melhorar a segurança do paciente em diferentes contextos clínicos, fortalecer a prática clínica em conformidade com as diretrizes baseadas em evidências, melhorar fatores humanos, incidência de eventos adversos, morbidade e mortalidade. Os autores salientaram que, nos estudos primários analisados, os resultados não indicaram eventos negativos relacionados à segurança com o uso de *checklists* (THOMASSEN et al., 2014). Em outro estudo, os benefícios do uso da LVSC para a comunicação e trabalho em equipe também foram evidenciados, e os pesquisadores destacaram que a melhoria na comunicação e trabalho em equipe pode ser um dos mecanismos por meio do qual ocorre redução de morbidade e mortalidade (RUSS et al., 2013).

Neste estudo, os dados indicaram que, mesmo com adesão parcial ao uso da LVSC e discrepâncias ocorridas no processo de checagem, os enfermeiros (85,7%) relataram que eventos adversos foram prevenidos. Uma explicação possível é que, apesar de existirem inadequações após a introdução de rotinas ou protocolos de segurança, no caso a LVSC, o sistema pode ser mais seguro, pois os itens da ferramenta que obtêm adesão elevada da equipe e que efetivamente são checados podem estar contribuindo para melhorar a segurança do paciente. Todavia, falso senso de segurança pode surgir e comprometer a segurança do paciente e o sistema como um todo se a adesão à LVSC é falha e, ao mesmo tempo, outras práticas de segurança são omitidas, porque a equipe acredita que a ferramenta as contemplou (RYDENFÄLT; EK; LARSSON, 2013).

As listas de verificação não são fenômeno novo, pois são utilizadas regularmente em atividades de risco alto (mineração, petróleo, energia nuclear e aviação) como resultado de esforços e de investimentos no desenvolvimento de sistemas de prevenção de erros humanos. Na área da saúde, o uso de listas de verificação é crescente e efeitos benéficos na saúde são notáveis (PANESAR et al., 2014; THOMASSEN et al., 2014).

Apesar do potencial benéfico expressivo, as listas de verificação possuem limitações e ressalvas importantes que devem ser consideradas, pois *checklists* são apenas listas formais ou simples lembretes empregados para identificar, padronizar, comparar ou verificar um grupo de elementos. Essas listas podem ser empregadas como subsídio visual ou oral para permitir ao usuário ultrapassar as limitações impostas pela memória de curto prazo (BOSK et al., 2009; FEDERAL AVIATION ADMINISTRATION, 2016).

Na aviação, o sucesso de listas de verificação em procedimentos de pouso e decolagem é bem definido (BOSK et al., 2009). Este modelo subsidiou o processo de elaboração da LVSC e, habitualmente, em publicações sobre esta ferramenta, a analogia entre listas de verificação em aviação e medicina é recorrente para reforçar o potencial dessa lista em salvar vidas (WEISER et al., 2010b WEISER; BERRY, 2013).

Embora haja similaridades entre aviação e medicina, tais como: natureza complexa de tarefas, tempo crítico para tomada de decisão, *expertise* profissional decorrente de formação e/ou capacitação e hierarquia, existem diferenças, limitações e desafios adicionais para utilização de *checklist* em cirurgias. Em geral, a infraestrutura dos serviços de saúde, sala cirúrgica e condições dos pacientes são mais variáveis do que a cabine de avião, a qual é relativamente constante e projetada para segurança. A checagem na aviação é um componente normal e esperado do planejamento pré-decolagem e incorporado culturalmente, ao contrário do ambiente cirúrgico, o qual é permeado por uma cultura tradicional, rígida e resistente a mudanças, incluindo a introdução de *checklist*, o qual não é considerado componente tradicional da prática clínica (WEISER et al., 2010b).

Ademais, *checklists* são resolutivos para resolver determinados problemas, mas não outros. Por exemplo, na aviação, listas de verificação também são utilizadas no rastreamento de bagagens pelas companhias aéreas. Dada a complexidade deste processo, tais como: transferências complexas, atrasos, número de ações a serem coordenadas, tempo crítico para tomada de decisão e efetuar ações, número de profissionais envolvidos, bagagens de diferentes tamanhos e formatos, mal acondicionamento e manuseio, nesta função, os *checklists* não são amplamente satisfatórios. Assim, a analogia mais realista seria a comparação do uso da LVSC com *checklists* empregados no rastreamento de bagagens do que com pousos e decolagens (BOSK et al., 2009).

Diante disso, elaboradores de políticas, instituições de saúde, profissionais e sociedade como um todo devem ter cautela em acreditar e agir pautados em premissa ingênua de que uma solução simples, com facilidade e sem esforços adicionais, é capaz de promover a segurança do paciente, pois simples lembretes do que fazer podem ter impacto limitado se forem incorporados sem aliar estratégias que visem mudança de comportamento e eliminação de obstáculos para uso efetivo, por exemplo: cirurgia em local errado, que persiste em ocorrer apesar da utilização da LVSC pelos serviços de saúde (BOSK et al., 2009).

No relato dos enfermeiros que atuavam nos hospitais que implementaram a LVSC, os facilitadores para a implementação da ferramenta que obtiveram percentuais maiores foram: apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem (organizacional), adaptação da lista para atender as necessidades locais (processo de implementação) e aceitação pela equipe de enfermagem (equipe cirúrgica). Em relação à opinião dos enfermeiros dos hospitais que não implementaram a ferramenta, o facilitador organizacional com percentual maior foi o mesmo mencionado acima. A oferta de programa educacional para a equipe cirúrgica e a liderança presente em CC para estimular o uso da LVSC foram os facilitadores com percentuais maiores referentes ao processo de implementação e a equipe cirúrgica, respectivamente.

O apoio de líderes dentro da organização foi considerado elemento essencial para o processo de implementação da LVSC (BOSK et al., 2009). Os facilitadores relevantes para a implantação bem-sucedida da ferramenta são o ensino sobre a LVSC, com ênfase nos objetivos e princípios fundamentais, importância e efetividade; treinamento prático de como usar a ferramenta e como lidar com os membros da equipe resistentes; auditoria, *feedback* de desempenho, divulgação de resultados obtidos (redução de eventos adversos) para minimizar o ceticismo de membros da equipe; sanções para os indivíduos que não apresentarem adesão ao uso; apoio institucional, integração da ferramenta em impressos já existentes, condução da checagem por membros da equipe com habilidade de liderança, liderança sênior médica e equipe multidisciplinar envolvida no processo de implementação (RUSS et al., 2015b).

Neste estudo, as barreiras com percentual maior apontadas pelos enfermeiros dos hospitais que implementaram a LVSC foram a falta de apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem (organizacional), sobrecarga de trabalho e falta de tempo para cumprir a checagem (processo de trabalho), falta de monitoramento da

prática de uso (processo de implementação) e descrença sobre os benefícios da LVSC por membros da equipe cirúrgica (equipe cirúrgica). Na opinião dos enfermeiros dos hospitais que não implementaram a ferramenta, houve predomínio das mesmas barreiras relativas à organização e ao processo de trabalho. A ausência de programa educacional para a equipe, antes da introdução da LVSC para uso em sala cirúrgica, e a resistência/não aceitação dos cirurgiões ao uso da LVSC foram as barreiras com percentuais maiores relativas ao processo de implementação e equipe cirúrgica, respectivamente.

No processo de implementação da LVSC em hospitais na Inglaterra, os autores identificaram as seguintes barreiras: estratégias utilizadas na implementação da ferramenta (sem planejamento, ausência de ensino ou capacitação); falta de apoio da gestão, não adaptação ao contexto local, abordagem imposta sem envolver a equipe; cultura do hospital, caracterizada pela resistência geral à introdução de mudanças, particularmente a resistência de membros da equipe mais experientes; lista muito longa e redundante com processos vigentes, o que torna a prática ineficiente; resistência ativa ou passiva de membros da equipe, caracterizada por não adesão ao uso, com mais frequência pelos cirurgiões e anestesistas; e crença de que a verbalização de certos itens pode gerar ansiedade ao paciente (RUSS et al., 2015b).

Em outra pesquisa, cujos autores investigaram a implantação da LVSC em hospitais franceses, as seguintes barreiras foram elencadas: má comunicação entre cirurgião e anestesista, tempo excessivo para completar a lista sem percepção de benefícios, falta de compreensão sobre itens e momento adequado para checagem, ambiguidade de processos e duplicação de itens existentes, demais práticas de segurança que devem ser executadas, mas não são contempladas na ferramenta e hierarquia existente em sala cirúrgica (FOURCADE et al., 2012).

Para compreender os facilitadores e barreiras da implementação da LVSC na perspectiva dos usuários, estudiosos conduziram revisão sistemática de estudos qualitativos. Os resultados indicaram que o processo de implementação da ferramenta é uma intervenção social complexa que exige mudanças na perspectiva do usuário (médicos e enfermeiros) em relação à percepção sobre a LVSC e segurança do paciente, necessitando ajustes para a integração da ferramenta no fluxo de trabalho da equipe. Os fatores que podem facilitar ou dificultar essas mudanças foram o *design* da ferramenta, fusão da ferramenta com processos existentes, senso de pertencimento, ou seja, a lista criada ou adaptada para atender as necessidades da

equipe; educação, treinamento, falta de clareza nas orientações que dificultaram a execução, compromisso da equipe multidisciplinar com o processo, especialmente dos cirurgiões, para minimizar os efeitos do contexto hierárquico na sala cirúrgica; liderança *in loco* para apoiar médicos e enfermeiros, cultura organizacional, comunicação e trabalho em equipe (BERGS et al., 2015b).

De acordo com as evidências disponíveis na literatura e os resultados desta pesquisa, a hierarquia profissional e o *status* diferenciado, concedido às diferentes categorias profissionais presentes em sala cirúrgica, são barreiras que dificultam sobremaneira o trabalho em equipe e a comunicação. Como recomendação, as hierarquias existentes devem ser alteradas para criar segurança psicológica nos membros da equipe, ou seja, senso de confiança para socializar verbalmente informações quando perceber um problema de segurança real ou potencial sem constrangimento, rejeição ou punição pelos demais profissionais. Sugere-se que os líderes do processo de implementação auxiliem as equipes interdisciplinares na superação dos efeitos inibidores de diferenças de *status*, permitindo que as pessoas colaborem e se engajem em projetos de melhoria de qualidade (NEMBHARD; EDMONDSON, 2006).

Sintetizar evidências e apresentá-las em formato de lista de verificação é um passo necessário, mas insuficiente para transformação da prática em saúde, pois esta, embora embasada em conhecimento científico, é profundamente dependente de valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares (BRASIL, 2005; BOSK et al., 2009).

Portanto, além da síntese de evidências científicas disponíveis, o reconhecimento de barreiras técnicas, sociais, políticas e psicológicas existentes e adoção de estratégias para minimizá-las são importantes para a incorporação efetiva e abrangente dessa ferramenta (BOSK et al., 2009), uma vez que intervenções adaptadas às barreiras contextuais são mais propensas a melhorar a prática clínica em comparação com estratégias que contemplem somente divulgação de orientações ou nenhuma intervenção (BAKER et al., 2010).

Conforme já mencionado, os 27 estudos primários incluídos na RI foram agrupados em três categorias, a saber: processo de implementação: estratégias para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=15); processo de implementação: estratégias para otimização do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=9) e facilitadores e barreiras para a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde (n=3).

Nas duas primeiras categorias delimitadas, pautado nos resultados das pesquisas, pode-se inferir que, na maioria, os autores investigaram a adoção de estratégias multifacetadas para o processo de implementação ou otimização do uso da LVSC, as quais foram bem-sucedidas, produzindo resultados benéficos ou esperados na prática clínica, equipe cirúrgica e paciente. Entretanto, na maioria dos estudos primários, não houve descrição suficiente das estratégias empregadas, o que impediu conhecer em profundidade as ações desenvolvidas em cada estratégia.

Em decorrência disso, na condução de pesquisas futuras sobre intervenções/estratégias utilizadas no processo de implementação/uso diário da LVSC, recomenda-se que as estratégias e ações sejam descritas de forma satisfatória. Para tal, sugere-se aos pesquisadores o uso das recomendações da Cochrane, mais especificamente do *Effective Practice and Organisation of Care Group* (EPOC), a saber: a) tipos de estratégias adotadas (por exemplo, estratégias educacionais); b) público-alvo: composição, grupo homogêneo ou heterogêneo, descrição das categorias profissionais participantes das atividades, abordagem (individual ou grupal), tamanho do grupo em relação ao número de participantes em cada atividade (pequeno ou grande), número de participantes por categoria profissional e motivação para participar (voluntária, obrigatória e/ou pautada em incentivos); c) características dos implementadores: *status* profissional, informações se são pessoas consideradas líderes ou representantes do público-alvo e/ou especialistas na área; d) intensidade: frequência de realização de cada estratégia, duração e intervalo de tempo entre as atividades; e) transmissão de informações: descrição sobre as informações oferecidas e fonte de obtenção delas (por exemplo, *guidelines*), forma de transmissão das informações (descritiva, gráficos, tabelas, dentre outras), meios de comunicação (verbal, escrito, automatizado, dentre outros); f) informações sobre o desempenho do público-alvo (se individual, por categoria profissional, grupo de participantes ou mais gerais sobre variação da prática); forma

de apresentação sobre o desempenho (descritivo, gráfico, tabelas, ilustrativo), meio de transmissão (verbal, escrito, automatizado) e viabilidade de comparações sobre desempenhos (colegas, indicadores, *guidelines*, dentre outros) (EFFECTIVE PRACTICE AND ORGANISATION OF CARE GROUP, 2015).

O desenvolvimento da RI possibilitou identificar o estado atual do conhecimento sobre o tópico de interesse e compreender o processo de implementação da LVSC; as diferentes estratégias utilizadas para sua implantação; aspectos da implementação considerados bem-sucedidos ou pouco exitosos no alcance dos resultados esperados; e os fatores críticos, ou seja, facilitadores e barreiras deste processo. Em relação à relevância para a prática clínica, a síntese do conhecimento oferece subsídios para a tomada de decisão do enfermeiro na implementação sistematizada da LVSC e seleção de estratégias efetivas, uma vez que a enfermagem tem potencial para ser protagonista no planejamento e implementação das melhores práticas em prol da segurança do paciente.

Na condução da RI, algumas limitações devem ser consideradas, apesar de a seleção das bases de dados incluir a principal base da saúde (PubMed) e da enfermagem (CINAHL), estudos primários indexados em outras bases e a literatura cinzenta não foram contemplados. A análise dos dados foi na forma descritiva. A inclusão de estudos primários desenvolvidos em diferentes abordagens metodológicas e diferentes delineamentos de pesquisa tem o potencial de permitir a elaboração de forma ampla do “retrato” do tópico de interesse. Em contrapartida, a complexidade inerente de combinar estudos com diferentes metodologias pode contribuir para vieses na construção dos resultados.

Com relação ao nível de evidência dos estudos primários, a maioria foi classificada com questão clínica de pesquisa direcionada para Prognóstico/Previsão ou Etiologia e nível IV (n=15). Esses resultados indicam a necessidade de conduzir pesquisas com delineamentos que produzam evidências fortes (por exemplo, ensaio clínico randomizado) sobre intervenções que podem contribuir para a implementação efetiva da LVSC nos serviços de saúde e conseqüentemente para o incremento da segurança do paciente.

Os resultados do estudo descritivo evidenciaram que a maioria dos hospitais investigados implementou a LVSC. Em relação ao processo de implementação da lista, a maioria dos participantes relatou que as estratégias adotadas para a sua introdução consistiram basicamente no planejamento prévio sob a responsabilidade

de enfermeiros, adaptação da ferramenta com predominância do uso no formato impresso e programa educacional com conteúdo centrado nas explicações sobre por que e como utilizar a ferramenta.

Com relação ao uso diário da LVSC nos hospitais que implementaram a ferramenta, a maioria dos enfermeiros apontou a utilização inadequada dessa prática nos seguintes aspectos: adesão parcial ao uso da LVSC pela equipe cirúrgica; diferença de adesão entre as etapas de checagem e entre as categorias profissionais, bem como condutas inadequadas da equipe cirúrgica na checagem da lista em sala cirúrgica (equipe incompleta, desatenta e sem participação ativa de seus membros).

A maioria dos participantes relatou que a implementação da LVSC trouxe benefícios para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde. Os principais benefícios elencados pelos enfermeiros dos hospitais que implementaram a LVSC foram: para o paciente, promoção da segurança e prevenção de eventos adversos. Dentre os eventos adversos, a maioria dos participantes relatou a prevenção de procedimento, local ou paciente errado; para a equipe cirúrgica, o uso da lista oportunizou o diálogo, com socialização de informações relevantes sobre o paciente, preocupações, planejamento do cuidado e tomada de decisão coletiva na equipe cirúrgica; para o serviço de saúde, o principal resultado foi melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente. Os enfermeiros dos hospitais que não implementaram a ferramenta relataram dados similares com os já mencionados sobre os benefícios do uso da LVSC para o paciente, equipe cirúrgica e serviço de saúde.

Na opinião da maioria dos enfermeiros, o principal facilitador organizacional indicado foi o apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem. Com relação aos facilitadores do processo de implementação/estratégias foram a adaptação da LVSC e o monitoramento da prática de uso (enfermeiros dos hospitais que implementaram), e oferta de programa educacional e teste piloto (enfermeiros dos hospitais que não implementaram); os facilitadores elencados relacionados à equipe cirúrgica foram aceitação do uso da LVSC pela equipe de enfermagem (enfermeiros dos hospitais que implementaram), e profissional que exerça liderança e aceitação do uso da lista pela enfermagem, anestesistas e cirurgiões (enfermeiros dos hospitais que não implementaram).

A principal barreira relativa à organização foi falta de apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem. As barreiras relacionadas ao processo de trabalho foram a sobrecarga de trabalho (enfermeiros dos hospitais que implementaram a lista)

e falta de tempo (enfermeiros dos hospitais que não implementaram a lista); relativas ao processo de implementação/estratégias foram a falta de monitoramento da prática de uso e problemas com *design* da lista (enfermeiros dos hospitais que implementaram) e ausência de programa educacional (enfermeiros dos hospitais que não implementaram). A descrença sobre os benefícios do uso da LVSC por membros da equipe (enfermeiros dos hospitais que implementaram) e a resistência ou não aceitação ao uso da lista pelos cirurgiões (enfermeiros dos hospitais que não implementaram a LVSC) foram as barreiras relacionadas à equipe cirúrgica discutidas.

Em síntese, por meio do relato dos enfermeiros de centro cirúrgico, os resultados do estudo descritivo possibilitaram a compreensão do processo de implementação da LVSC nos serviços de saúde investigados, prática cotidiana de uso dessa ferramenta, benefícios obtidos/potenciais, facilitadores e barreiras deste processo na realidade brasileira. As evidências geradas trazem subsídios para os enfermeiros e demais profissionais de saúde na elaboração de protocolos relativos ao processo de implementação ou otimização do uso da LVSC, mais adequados e compatíveis com as especificidades estruturais e organizacionais dos serviços de saúde nacionais, com o propósito de viabilizar a integração dessa ferramenta no processo de trabalho, melhorar a adesão da equipe e alcance dos melhores resultados em prol da segurança do paciente.

Com relação às limitações, o estudo descritivo foi conduzido em dois municípios do estado do Paraná, portanto recomenda-se cautela na generalização dos resultados evidenciados, apesar de esses municípios serem considerados os principais da mesorregião do Norte Central Paranaense e referência na assistência à saúde para a população de outros municípios da região.

A análise dos dados foi pautada nas informações relatadas pelos enfermeiros atuantes em centro cirúrgico; desse modo, provavelmente, aspectos relevantes sobre o processo de implementação da LVSC podem não ter sido abordados ou referidos de maneira diferente da realidade. Por exemplo, o relato de dados sobre adesão e demais aspectos da prática de uso da LVSC pode ter sido mais positivo do que, efetivamente, ocorre na prática, quando o contexto é observado diretamente. Diante disso, para avaliação mais precisa sobre a prática de uso da LVSC, sugere-se mensuração por observação direta em sala cirúrgica, realizada de tal forma para prevenir ou minimizar o efeito *Hawthorne*, que consiste em mudança de

comportamento pelos membros da equipe cirúrgica quando cientes de que estão sendo observados.

A condução da RI e do estudo descritivo permitiu gerar evidências que podem contribuir para o avanço científico na área da segurança do paciente e enfermagem perioperatória, bem como possibilitou identificar lacunas do conhecimento para nortear o desenvolvimento de pesquisas futuras. A partir da campanha intitulada “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da OMS, na literatura evidencia-se a publicação de pesquisas sobre a LVSC, com predominância de estudos direcionados para a forma de implementação dessa ferramenta e os benefícios para a prática, equipe cirúrgica e paciente. Entretanto, há necessidade de pesquisas sobre a compreensão mais ampla do processo de implementação da LVSC nos serviços de saúde, uma vez que esse processo é complexo, exige suporte organizacional (recursos humanos, materiais e financeiros) e o envolvimento de todas as categorias profissionais atuantes no período intraoperatório. Ressalta-se a escassez de evidências disponíveis sobre o processo de implementação e uso diário da LVSC no contexto nacional, acarretando campo vasto para a produção de conhecimento.

Salienta-se ainda a necessidade de estudos com delineamentos de pesquisa que produzam evidências fortes e que sejam direcionados para avaliação da efetividade de intervenções/estratégias para possibilitar a implementação adequada da LVSC, seja na introdução dessa prática no serviço de saúde ou para otimizar o seu uso e, conseqüentemente, produzir resultados melhores em prol da segurança do paciente cirúrgico. Entretanto, dadas as características do processo de implementação/uso diário da LVSC, reconhece-se que ensaios clínicos randomizados podem não ser factíveis, uma vez que neste tipo de estudo exige-se controlar a alocação de práticas, hospitais, profissionais ou pacientes para o grupo experimental e controle.

Nessas circunstâncias, recomenda-se o emprego de outros delineamentos de pesquisa, os quais permitem certo nível de controle, por exemplo, delineamento de pesquisa quase experimental (estudo controlado antes e depois, estudo antes e depois com grupo único e séries temporais) ou estudos observacionais (estudo de coorte e caso-controle).

Assim, acredita-se que os enfermeiros têm papel permanente e essencial no movimento para promover assistência à saúde segura, em especial no cuidado cirúrgico. Desse modo, a presente pesquisa corrobora esta premissa, pois os seus

resultados geraram evidências sobre o processo de implementação da LVSC, na perspectiva de publicações disponíveis na literatura e na perspectiva de enfermeiros atuantes em centro cirúrgico de serviços de saúde nacionais. Portanto, o conhecimento produzido oferece subsídios para a implementação sistematizada da LVSC e criação de mecanismos que garantam o sucesso desse processo em prol da qualidade da assistência cirúrgica e promoção permanente da segurança do paciente, pois cirurgias seguras salvam vidas.

ARTHUR, M.W.; BLITZ, C. Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. **Journal of Community Psychology**, v. 28, n. 3, p. 241-255, 2000.

AVANSINO, J. R. et al. Implementation of a standardized procedural checklist in a children's hospital. **The American Journal of Surgery**, v. 201, n. 5, p. 660-665, 2011.

AVELING, E-L.; MCCULLOCH, P.; DIXON-WOODS, M. A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. **BMJ Open**, v. 3, n. 8, p. 1-10, 2013.

BAKER, R. et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, p. 1-86, 2010.

BERGS, J. et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. **The British Journal of Surgery**, v. 10, n. 3, p. 150-158, 2014.

BERGS, J. et al. The World Health Organisation's surgical safety checklist in belgian operating theatres: a content-driven evaluation. **Acta chirurgica Belgica**, v. 115, n. 2, p. 147-154, 2015a.

BERGS, J. et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. **BMJ Quality & Safety**, v. 24, n. 12, p. 776-786, 2015b.

BICCARD, B. M. et al. A meta-analysis of the efficacy of preoperative surgical safety checklists to improve perioperative outcomes. **South African Medical Journal**, v. 106, n. 6, p. 592-597, 2016.

BIRKMEYER, J. D. Strategies for improving surgical quality-checklists and beyond. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 20, p. 1963-1965, 2010.

BLISS, L. A. et al. Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 215, n. 6, p. 766-776, 2012.

BORCHARD, A. et al. Systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. **Annals of Surgery**, v. 256, n. 6, p. 925-933, 2012.

BOSK, C. L. et al. The art of medicine: reality check for checklists. **New England Journal of Medicine**, v. 374, p. 444-445, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2013. Número 62, Seção 1, p.43, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Número 131, Seção 1, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BURGERS, J. Clinical practice guidelines as a tool for improving patient care. In: GROL, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013. p. 91-113.

CONLEY, D. M. et al. Effective surgical safety checklist implementation. **Journal American College of Surgeons**, v. 212, n. 5, p. 873-879, 2011.

DACKIEWICZ, N. et al. Achievements and challenges in implementing the surgical checklist in a pediatric hospital. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 110, n. 6, p. 503-508, 2012.

DAMSCHRODER, L. J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v. 4, n. 50, p. 1-15, 2009.

DIEGO, L. A. et al. Construction of a tool to measure perceptions about the use of the World Health Organization Safe Surgery Checklist Program. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 66, n. 4, p. 351-355, 2016.

ECCLES, M. et al. An implementation research agenda. **Implementation Science**, v. 4, n. 18, p. 1-7, 2009.

EFFECTIVE PRACTICE AND ORGANISATION OF CARE (EPOC). **EPOC Resources for review authors**. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2015. Disponível em: < <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

FEDERAL AVIATION ADMINISTRATION. Flight standards information management system. Section 12: Aircraft Checklists for 14 CFR Parts 121/135. Disponível em: < <http://fsims.faa.gov/PICResults.aspx?mode=Index&cat=A>>. Acesso em: 03 out. 2016.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B. Asking compelling, clinical questions. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. 2nd. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins, 2011. p. 25-39.

FOURCADE, A. et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 3, p. 191-197, 2012.

FREITAS, M. R. et al. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 137-418, 2014.

GAGLIARDI, A. R. et al. Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: a qualitative study. **Plos One**, v. 9, n. 9, p. 1-8, 2014.

GALVÃO, C. M. Estratégias para a segurança do paciente cirúrgico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 882-883, 2009.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. (Eds.). **TCC-Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 4. ed. São Paulo: Látia, 2010. p. 105-126.

GAWANDE, A. A. et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. **Surgery**, v. 126, n. 1, p. 66-75, 1999.

GILLESPIE, B. M.; MARSHALL, A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. **Implementation Science**, v. 10, n. 137, p. 1-14, 2015.

GREENHALGH, T. et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. **The Milbank quarterly**, v. 82, n. 4, p. 581-629, 2004.

GROL, R. et al. Theories on implementation of change in healthcare. In: GROL, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: The implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013. p. 18-39.

GROL, R.; OUWENS, M.; WOLLERSHEIM, H. Planning and organizing the change process. In: GROL, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013. p. 64-76.

GROL, R.; WENSING, M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. **The Medical Journal of Australia**, v. 180, n. sp.6, p. 57-60, 2004.

GROL, R.; WENSING, M. Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach. In: GROL, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013a. p. 40-63.

GROL, R.; WENSING, M. Dissemination of innovations. In: GROL, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013b. p. 185-196.

- GUPTA, A.; WONG, R. S.; SCOTT, H. Modifications to the WHO surgical safety checklist in the Southeast of England. **Operating Theatre Journal**, n. 296, p.12-13, 2015.
- HANNAM, J. A. et al. A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. **BMJ Quality and Safety**, v. 22, n. 11, p. 940-947, 2013.
- HAYNES, A. B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.
- HEALEY, A. N. et al. Engineering the system of communication for safer surgery. **Cognition, Technology & Work**, v.13, n. 1, p. 1-10, 2011.
- HEALY, J. M. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 1, p. 88-94, 2012.
- HUANG, L. C. et al. The surgical safety checklist and teamwork coaching tools: a study of inter-rater reliability. **BMJ Quality and Safety**, v. 23, n. 8, p. 639-650, 2014.
- HULSCHER, M.; LAURANT, M.; GROL, R. Process evaluation of implementation strategies. In: GROL, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013. p. 333-349.
- HURTADO, J. J. D. et al. Acceptance of the WHO surgical safety checklist among surgical personnel in hospitals in Guatemala city. **BioMedical Central Health Services Research**, v. 12, n. 169, p. 1-5, 2012.
- JAMMER, I. et al. Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality. **British Journal of Anaesthesia**, v. 114, n. 5, p. 801-807, 2015.
- KABLE, A. K.; GIBBERD, R. W.; SPIGELMAN A. D. Adverse events in surgical patients in Australia. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 14, n. 4, p. 269-276, 2002.

KAWANO, T. et al. A preliminary study of patients' perceptions on the implementation of the WHO surgical safety checklist in women who had cesarean sections. **Journal of Anesthesia**, v. 29, n. 3, p. 459-462, 2015.

KIEFFER, W. K. M. et al. Increasing compliance with the World Health Organisation's surgical safety checklist. **Journal of Perioperative Practice**, v. 23, n. 12, p. 288-291, 2013.

KIM, J. Y. **Opening address to the inaugural**. The Lancet Commission on Global Surgery meeting. The World Bank, 2014. Boston, MA, USA, 2014. Disponível em: <<http://www.lancetglobalsurgery.org>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

KWOK, A. C. et al. Implementing of the World Health Organization surgical safety checklist, including introduction of pulse oximetry, in a resource-limited setting. **Annals of Surgery**, v. 257, n. 4, p. 633-639, 2013.

LEAPE, L. L. The Checklist Conundrum. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 11, p. 1963-1964, 2014.

LEVY, S. M. et al. Implementing a surgical checklist: more than checking a box, **Surgery**, v. 152, n. 3, p. 331-336, 2012.

LILAONITKUL, M. et al. Implementation of the WHO surgical safety checklist and surgical swab and instrument counts at a regional referral hospital in Uganda - a quality improvement project. **Anaesthesia**, v. 70, n. 12, p. 1345-1355, 2015.

MAY, C. R. et al. Development of the theory of implementation and integration: normalization process theory. **Implementation Science**, v. 4, n. 9, p.1-9, 2009.

MAZIERO, E. C. S. et al. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 14-20, 2015.

MEARA, J. G. et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. **Lancet**, v. 386, n. 9993, p.569-624, 2015.

MEHTSUN, W. T. et al. Surgical never events in the United States, **Surgery**, v. 153, n. 4, p. 465-72, 2013.

MELNYK, B. M. et al. The seven steps of evidence-based practice. **The American Journal of Nursing**, v. 110, n. 1, p. 51-53, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MICHEL, L.; LEMAIRE, L.; ROSIERE, A. Making surgical care safer: a survey on the implementation of the checklist by belgian surgeons. **Acta Chirurgica Belgica**, v. 115, n. 5, p. 334-340, 2015.

MIHALIC, S. The importance of implementation fidelity. **Emotional & Behavioral Disorders in Youth**, v. 4, n. 4, p. 83-105, 2004.

MOCK, C. N. et al. Essential surgery: key messages from disease control priorities, 3rd edition. **Lancet**, v. 385, n. 9983, p. 2209-2219, 2015.

MOLINA, G. et al. Implementation of the surgical safety checklist in South Carolina hospitals is associated with improvement in perceived perioperative safety. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 222, n. 5, p. 725-736, 2016.

MORGAN, P. J. et al. Surgical safety checklist: implementation in an ambulatory surgical facility. **Canadian Journal of Anaesthesia**, v. 60, n. 6, p. 528-538, 2013.

MOTA FILHO, G. R. et al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012.

NEMBHARD, I. M.; EDMONDSON, A. C. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. **Journal of Organization Behavior**, v. 27, n. 7, p. 941-966, 2006.

NORTON, E. K.; RANGEL, S. J. Implementing a pediatric surgical safety checklist in the OR and beyond. **AORN Journal**, v. 92, n. 1, p. 61-71, 2010.

NUGENT, E. et al. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. **Irish Journal of Medical Science**, v. 182; n. 2; p. 171-176, 2013.

O'CONNOR, P. et al. Surgical checklists: the human factor. **Patient Safety in Surgery**, v. 7, n. 1, p. 14-20, 2013.

ONG, A. P. C. et al. A 'paperless' wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement. **BMJ Quality and Safety**, p. 1-6, 2015.

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. 211p.

OZGEDIZ, D. et al. The burden of surgical conditions and access to surgical care in low- and middle-income countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 8, p. 646-647, 2008.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PANESAR, S. S. et al. Surgical errors. In: PANESAR, S. S. et al (Eds.). **Patient safety and healthcare improvement at a glance**. West Sussex, United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2014. p. 36-39.

PATEL, J. et al. An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities - a systematic review. **International Journal of Surgery**, v. 12, n. 12, p. 1317-1323, 2014.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 880-881, 2009.

PHADNIS, J.; TEMPLETON-WARD, O. Inadequate preoperative team briefings lead to more intraoperative adverse events. **Journal of Patient Safety**, p.1-5, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 9 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. 802p.

PORTER, A. J. et al. Sustainable, effective implementation of a surgical preprocedural checklist: an "attestation" format for all operating team members. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 40, n. 1, p. 3-9, 2015.

PUTNAM, L. R. et al. Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist. **Surgery**, v. 156, n. 2, p. 336-344, 2014.

RICCI, M. A.; BRUMSTED, J. R. Crew resource management: using aviation techniques to improve operating room safety. **Aviation, Space and Environmental Medicine**, v. 83, n. 4, p. 441-444, 2012.

ROBBINS, J. Hospital checklists: transforming evidence-based care and patient safety protocols into routine practice. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 34, n. 2, p. 142-149, 2011.

RUSS, S. et al. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. **Annals of Surgery**, v. 258, n. 6, p. 856-871, 2013.

RUSS, S. et al. Measuring variation in use of the WHO Surgical Safety Checklist in the operating room: a multicenter prospective cross-sectional study. **Journal of American College of Surgeons**, v. 220, n.1, p.1-11, 2015a.

RUSS, S. et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England lessons from the "Surgical Checklist Implementation Project". **Annals of Surgery**, v. 261, n.1, p. 81-91, 2015b.

RYDENFÄLT, C.; EK, A.; LARSSON, P. A. Safety checklist compliance and a false sense of safety: new directions for research. **BMJ Quality and Safety**, v. 23, n. 3, p.183-186, 2013.

RYDENFÄLT, C. et al. Compliance with the WHO surgical safety checklist: deviations and possible. **Improvements International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 2, p. 182-187, 2013.

SAFE SURGERY CHECKLIST IMPLEMENTATION GUIDE. Boston, MA: Ariadne Labs, 2015. Disponível em: <<http://www.safesurgery2015.org/>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SANTANA, H. T. et al. WHO safety surgical checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. **Journal of Infection and Public Health**, v. 9, n. 5, p. 586-599, 2016.

SANTANA, H. T.; RODRIGUES, M. C.; EVANGELISTA, M. S. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. **BMC Research Notes**, v. 9, n. 276, p. 1-9, 2016.

SATURNO, P. J. et al. Understanding WHO surgical checklist implementation: tricks and pitfalls. An observational study. **World Journal of Surgery**, v. 38; n. 2, p. 287-295, 2014.

SECANELL, M. et al. A surgical safety checklist implementation: experience of a start-up phase of a collaborative project in hospitals of Catalonia, Spain. **Medicina Clínica**, v. 143, n. 1, p. 17-24, 2014.

SEMEL, M. E. et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. **Health Affairs**, v. 29, n. 9, p. 1593-1599, 2010.

SEWELL, M. et al. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. **International Orthopaedics**, v. 35, n. 6, p. 897-901, 2011.

STIRMAN, S. W. et al. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. **Implementation Science**, v. 7, n. 17, p. 1-19, 2012.

THOMASSEN, O. et al. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. **Acta anaesthesiologica Scandinavica**, v. 58, n. 1, p. 5-18, 2014.

TREADWELL, J. R.; LUCAS, S.; TSOU, A. Y.; Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 4, p. 299-318, 2014.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística: atualização da tecnologia**. 11. ed., Rio de Janeiro: LTC, 2014, 707p.

URBACH, D. R. et al. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 11, p. 1029-1038, 2014.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VATS, A. et al. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. **British Medical Journal**, v. 340, p.133-135, 2010.

VICENTE, M. C. et al. Patient safety in the operating room. Checklist implementation of general surgery. **Revista de Enfermería/ROL**, v. 35, n. 5, p. 342-350, 2012.

VOGTS, N. et al. Compliance and quality in administration of a surgical safety checklist in a tertiary New Zealand hospital. **The New Zealand medical journal**, v. 124, n. 1342, p. 48-58, 2011.

WAEHLE, H. V. et al. Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. **BMC Nursing**, v. 11, n. 16, p. 1-10, 2012.

WEIJDEN, T. et al. Feedback and reminders. In: GROU, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013a. p. 210-223.

WEIJDEN, T. et al. Impact of implementation strategies: controlled studies. In: GROU, R. et al. (Eds.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 2nd. ed. United Kingdom: John Wiley Blackwell, 2013b. p. 304-323.

WEISER, T. G.; BERRY, W. R. Review article: perioperative checklist methodologies. **Canadian Journal of Anaesthesia**, v. 60, n. 2, p. 136-142, 2013.

WEISER, T. G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **The Lancet**, v. 372, n. 9633, p. 139-144, 2008.

WEISER, T. G. et al. Effect of 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. **Annals of Surgery**, v. 251, n. 5, p. 976-980, 2010a.

- WEISER, T. G. et al. Perspective in quality: designing the WHO surgical safety checklist. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 5, p. 265-270, 2010b.
- WEISER, T.G. et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 3, p. 201-209, 2016.
- WENSING, M.; BOSH, M.; GROL, R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. **Canadian Medical Association Journal**. v. 182, n. 2, p. 85-88, 2010.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.
- WILSON, R. M. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **British Medical Journal**, v. 344, n. 832, p. 1-14, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em 10 mar. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global support for safe surgery saves lives. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/endorsements_received/en/>. Acesso em: 25 out. 2016.
- YII, M. K.; NG, K. L. Risk-adjusted surgical audit with de POSSUM scoring system in a developing country. **British Journal of Surgery**, v. 89, n. 1, p. 110-113, 2002.

APÊNDICE A - Instrução para os juízes

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar, na qualidade de juiz, da validação aparente e de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados elaborados para a condução da pesquisa intitulada **Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde.**

Ressalto que a pesquisa é uma tese de doutorado desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), orientada pela Profa. Dra. Cristina Maria Galvão.

A pesquisa tem como objetivos gerais: (a) analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde e (b) analisar o processo de implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná.

A pesquisa será conduzida em duas fases, para o alcance do primeiro objetivo geral será elaborada uma revisão integrativa. Um estudo com delineamento não experimental, tipo descritivo será realizado para o alcance do segundo objetivo geral. Os instrumentos de coleta de dados em questão serão utilizados nesta segunda fase.

Desta forma, gostaria de contar com sua valiosa participação na validação destes instrumentos ao analisá-los quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando esses elementos a capacidade destes para atingir o objetivo proposto.

Agradeço antecipadamente pela atenção e estou à disposição para esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Maria Fernanda do Prado Tostes
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental
(EERP/USP)

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

Data do preenchimento: ___/___/___

Enfermeiro nº _____ (preenchimento pelo pesquisador)

Instruções:

As informações registradas pelo Sr. (a) são anônimas. Serão vistas apenas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo. Para o preenchimento, procure não deixar itens sem resposta. Em caso de dúvida, entre em contato com o pesquisador para esclarecimento.

O instrumento é composto por duas seções:

Seção A: caracterização do enfermeiro, hospital e unidade de centro cirúrgico;

Seção B: dados sobre o processo de implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, na opinião dos enfermeiros dos hospitais que implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica.

Agradecemos a sua valiosa contribuição!

SEÇÃO A – I. CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Sexo:** () feminino () masculino
2. **Data de nascimento:** _____/_____/_____
3. **Estado civil:** () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () separado(a) () viúvo(a) () união estável () outro _____
4. **Ano de conclusão da graduação:** _____
5. **Instituição de Ensino Superior (IES) em que se formou:**
() pública () privada () comunitária
6. **Formação complementar:**
 - a) Residência: () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
 - b) Especialização (*lato sensu*): () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
 - c) Mestrado (*stricto sensu*): () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
 - d) Doutorado (*stricto sensu*): () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
7. **Tempo de atuação no Centro Cirúrgico (CC):** _____ (em anos)
8. **Possui outro vínculo empregatício como enfermeiro?**
() sim () não

II. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

1. **Tipo de instituição:** () pública () privada () filantrópica
2. **Número de leitos do hospital:** _____
3. **Número de salas cirúrgicas:** _____
4. **Especialidades cirúrgicas atendidas** (*Pode assinalar mais de um item*):
() cirurgia geral () urológica () oftalmológica () plástica () vascular
() pediátrica () ginecológica/obstétrica () neurocirurgia () oncológica
() gastrointestinal () torácica () transplante () otorrinolaringológica
() outras _____
5. **Número de procedimentos cirúrgicos realizados por ano:** _____
6. **O hospital possui Núcleo de Segurança do Paciente?**
() sim () não () não sei
7. **O hospital possui a certificação de Acreditação Hospitalar?**
() sim () não () está em processo de Acreditação () não sei

SEÇÃO B – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E USO DIÁRIO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST) NO HOSPITAL

1. Há quanto tempo a lista de verificação de segurança cirúrgica foi implementada em seu hospital? _____ (em meses)
2. Qual é o formato da lista de verificação de segurança cirúrgica implementada neste CC? (Pode assinalar uma ou mais opções).
- () impresso
() eletrônico
() quadro fixado na sala cirúrgica
() outros _____
3. Na sua opinião, a quem você atribui a **iniciativa** da implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica em seu hospital? (Pode assinalar uma ou mais opções).
- () Cirurgião () Anestesista
() Enfermeiro do CC () Enfermeiro coordenador do CC
() Gerente de enfermagem () Diretor administrativo do hospital
() Chefe da cirurgia () Chefe da anestesia
() Outros _____
4. Na sua opinião, a quem você atribui o **planejamento** da implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica em seu hospital? (Pode assinalar uma ou mais opções).
- () Cirurgião () Anestesista
() Enfermeiro do CC () Enfermeiro coordenador
() Gerente de enfermagem () Diretor administrativo do hospital
() Chefe da cirurgia () Chefe da anestesia
() Outros _____
5. Houve realização de **programa educacional** sobre a lista para a equipe cirúrgica? (Entende-se por equipe cirúrgica todos os indivíduos envolvidos no cuidado do paciente no período intraoperatório).
- () sim [por favor, responda as questões 6,7 e 8 e subsequentes]
() não [por favor, responda a questão 9 e subsequentes]
6. Este programa educacional enfatizou **porque** usar a lista? () sim () não
7. Este programa educacional enfocou **como** usar a lista? () sim () não
8. Se respondeu **não** no item 6 e/ou 7, qual foi a ênfase dada neste programa educacional?
- _____
9. Quem é o **responsável pela condução diária** da checagem da lista de verificação de segurança cirúrgica na sala de operação? (Pode assinalar uma ou mais opções).
- () Cirurgião () Anestesista () Enfermeiro do CC
() Enfermeiro coordenador do CC () Circulante
() Instrumentador () Outros _____
10. A seguir, avalie os itens sobre **a adesão** ao uso da lista de verificação de segurança cirúrgica pela equipe cirúrgica:
- a) Há **adesão** no uso da lista de verificação de segurança cirúrgica pela equipe cirúrgica na sala de operação?

() totalmente () parcialmente () não

b) Desde a implementação da lista até hoje, **houve aumento na adesão** ao uso da lista pela equipe cirúrgica?

() sim () não

c) Em caso afirmativo, quais são os **fatores** que você acredita ter contribuído para isso?

d) Há **diferença na adesão** entre os diferentes momentos de checagem da lista (entrada, pausa e saída) pela equipe cirúrgica?

() sim ➡ e) Qual etapa (entrada, pausa e saída) da lista a equipe **mais** adere?

f) Qual etapa (entrada, pausa e saída) da lista a equipe **menos** adere?

() não [por favor, responda o item g e subsequentes]

g) Há diferença na adesão à lista entre as categorias profissionais (*cirurgião, anestesista, enfermeiro, técnico de enfermagem*)?

() sim ➡ h) Qual categoria profissional mais adere:

i) Qual categoria profissional menos adere:

() não [por favor, responda a questão 11 e subsequentes]

11. Em relação **ao uso diário** da lista de verificação de segurança cirúrgica pela equipe cirúrgica:

a) A lista é **checada verbalmente** pela equipe da sala cirúrgica?

() sim () não

b) Toda equipe **está presente** na sala cirúrgica e **presta atenção** no momento da checagem? (*Considera-se toda a equipe a presença do anestesista, cirurgião, instrumentador e um membro da equipe de enfermagem*).

() sim () não

c) Se não, como ocorre o momento da checagem? _____

d) A checagem é realizada **no momento exato** em que os itens são verbalizados pela equipe?

() sim () não

e) Na sua opinião, existem itens da lista que não são checados?

() sim () não

f) Se sim, quais itens não são checados? _____

g) Na sua opinião, a lista de verificação de segurança cirúrgica, trouxe **benefícios** para o paciente, equipe cirúrgica e/ou hospital?

() sim [por favor, responda a questão 12 em diante]

() não [por favor, responda as questões 15 e 16]

12. Assinale quais dos itens você considera **benefício (s) para o paciente**, devido ao uso da lista (*Pode assinalar uma ou mais opções*):

() Promoção da segurança do paciente.

() Incremento da confiança do paciente na assistência cirúrgica realizada.

() Redução da ansiedade, tensão e medo do paciente em relação à cirurgia.

- () Prevenção de eventos adversos nos pacientes. Caso assinalou este item, qual tipo de evento adverso foi evitado? _____
- () Outros benefícios _____

13. Assinale quais dos itens você considera **benefício (s) para a equipe cirúrgica**, devido ao uso da lista (*pode assinalar uma ou mais opções*):

- () Melhoria da comunicação na sala cirúrgica.
- () Oportunidade de diálogo, com socialização de informações relevantes sobre o paciente, preocupações, planejamento do cuidado e tomada de decisão coletiva.
- () Melhoria do trabalho em equipe.
- () Outros benefícios _____
- () Nenhum benefício para a equipe cirúrgica.

14. Assinale quais dos itens você considera **benefício (s) para o CC e/ou serviço de saúde**, devido ao uso da lista para (*pode assinalar uma ou mais opções*):

- () Melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente.
- () Incremento da eficiência na sala cirúrgica.
- () Melhoria da cultura de segurança no CC.
- () Redução de custos hospitalares, pela prevenção de eventos adversos.
- () Redução de custos hospitalares, devido à otimização da eficiência na sala cirúrgica.
- () Os benefícios da implementação superaram as dificuldades ou eventuais “transtornos” (tais como, necessidade de dedicação de tempo, planejamento, envolvimento da equipe e mudança na rotina, dentre outros).
- () Outros benefícios _____

15. Na sua opinião, assinale quais os itens são/foram **facilitadores** para a implementação e uso da lista de verificação de segurança cirúrgica neste hospital:

a) Facilitadores relativos à organização:

- () Apoio do setor administrativo do hospital.
- () Apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem.
- () O hospital ter o núcleo de segurança do paciente.
- () O CC possuir infraestrutura adequada, materiais e equipamentos disponíveis para cumprir os itens da lista.

b) Facilitadores relativos ao processo de implementação:

- () O envolvimento/participação da equipe cirúrgica na etapa de planejamento antes da implementação da lista.
- () A oferta de programa educacional e capacitação da equipe cirúrgica para a implementação e uso diário da lista.
- () A realização de teste piloto (simulação de uso) na sala cirúrgica, antes da introdução da lista.
- () A introdução gradual da lista nas salas cirúrgicas, com início em apenas uma sala cirúrgica e equipe.
- () O envolvimento/participação dos pacientes no processo de introdução da lista na sala cirúrgica.
- () O monitoramento da prática de uso da lista no cotidiano do trabalho em CC, realizado pelo enfermeiro ou outro profissional.
- () A lista de verificação de segurança cirúrgica foi adaptada para atender as necessidades locais de uso.

c) Facilitadores relativos à equipe cirúrgica:

- A presença de profissional dentro do CC que exerceu liderança efetiva, estimulou, apoiou e participou da implementação da lista.
- Aceitação do uso da lista pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem) neste CC.
- Aceitação do uso da lista de verificação pelos cirurgiões.
- Aceitação do uso da lista de verificação pelos anestesistas.

16. Na sua opinião, assinale quais itens são/foram **barreiras** para a implementação e uso da lista de verificação de segurança cirúrgica neste hospital?

a) Barreiras relativas à organização:

- A falta de apoio do setor administrativo do hospital.
- A falta de apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem.
- Ausência do núcleo de segurança do paciente neste hospital.
- Dificuldades da infraestrutura, como a falta de insumos e equipamentos para o uso adequado da lista, tais como: indisponibilidade do antibiótico no momento da indução anestésica e caneta para demarcação do sítio cirúrgico.

b) Barreiras relativas ao processo de trabalho em CC:

- Sobrecarga de trabalho no CC.
- A falta de tempo para cumprir a checagem da lista de verificação.
- Alta rotatividade de pessoal no CC.

c) Barreiras relativas ao processo de implementação e uso diário:

- Imposição do uso da lista de maneira mandatória pela chefia, sem o envolvimento da equipe cirúrgica na etapa de planejamento.
- Introdução da lista de maneira abrupta na sala cirúrgica, sem planejamento prévio para o seu uso.
- Ausência de programa educacional para o treinamento da equipe, antes da introdução da lista na sala cirúrgica.
- Ausência da realização de teste piloto (simulação de uso) na sala, antes da introdução da lista.
- O problema de *design* da lista, tais como: duplicação de checagem de processos já existentes, itens da lista que não se aplicam as especificidades locais.
- A falta de monitoramento das práticas de uso, após a implementação e no cotidiano do CC.

d) Barreiras relativas à equipe cirúrgica:

- Ausência de profissional que exerce liderança efetiva dentro do CC no uso diário da lista.
- Dificuldades na comunicação e trabalho em equipe na sala cirúrgica.
- A hierarquia existente na sala cirúrgica entre as categorias profissionais.
- A resistência/não aceitação dos cirurgiões no uso diário da lista.
- A resistência/não aceitação dos anestesistas no uso diário da lista.
- A resistência/não aceitação dos próprios enfermeiros no uso diário da lista.
- A resistência/não aceitação de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no uso diário da lista.
- A descrença em relação aos benefícios do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica por membros da equipe cirúrgica.

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados

Data do preenchimento: ___/___/___

Enfermeiro nº _____ (preenchimento pelo pesquisador)

Instruções:

As informações registradas pelo Sr. (a) são anônimas. Serão vistas apenas pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo. Para o preenchimento, procure não deixar itens sem resposta. Em caso de dúvida, entre em contato com o pesquisador para esclarecimento.

O instrumento é composto por duas seções:

Seção A: caracterização do enfermeiro, hospital e unidade de centro cirúrgico;

Seção B: dados sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, na opinião dos enfermeiros dos hospitais que não implementaram a lista de verificação de segurança cirúrgica.

Agradecemos a sua valiosa contribuição!

SEÇÃO A – I. CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Sexo:** () feminino () masculino
2. **Data de nascimento:** _____/_____/_____
3. **Estado civil:** () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a)
() separado(a) () viúvo(a) () união estável () outro _____
4. **Ano de conclusão da graduação:** _____
5. **Instituição de Ensino Superior (IES) em que se formou:**
() pública () privada () comunitária
6. **Formação complementar:**
 - a) Residência: () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
 - b) Especialização (*lato sensu*): () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
 - c) Mestrado (*stricto sensu*): () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
 - d) Doutorado (*stricto sensu*): () sim () não
Se sim, especificar a área: _____
7. **Tempo de atuação no Centro Cirúrgico (CC):** _____ (em anos)
8. **Possui outro vínculo empregatício como enfermeiro?**
() sim () não

II. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

1. **Tipo de instituição:** () pública () privada () filantrópica
2. **Número de leitos do hospital:** _____
3. **Número de salas cirúrgicas:** _____
4. **Especialidades cirúrgicas atendidas** (*Pode assinalar mais de um item*):
() cirurgia geral () urológica () oftalmológica () plástica () vascular
() pediátrica () ginecológica/obstétrica () neurocirurgia () oncológica
() gastrointestinal () torácica () transplante () otorrinolaringológica
() outras _____
5. **Número de procedimentos cirúrgicos realizados por ano:** _____
6. **O hospital possui Núcleo de Segurança do Paciente?**
() sim () não () não sei
7. **O hospital possui a certificação de Acreditação Hospitalar?**
() sim () não () está em processo de Acreditação () não sei

SEÇÃO B – SOBRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST) - HOSPITAL QUE NÃO IMPLEMENTOU ATÉ O MOMENTO

1. Você conhece a lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde?
- sim [por favor, responda a questão 2 e subsequentes]
- não [por favor, responda a questão 3]
2. Como obteve este conhecimento sobre a lista de verificação de segurança cirúrgica?
- Mídia eletrônica (informações obtidas via dispositivos eletrônicos com conexão à internet).
- Mídia analógica (TV, jornais e revistas).
- Artigo científico.
- Em diálogo com colegas.
- Curso de graduação.
- Curso de pós-graduação.
- Curso de atualização profissional realizado neste hospital.
- Curso de atualização profissional realizado por outras instituições.
- Outros _____
3. Na sua opinião, a lista de verificação de segurança cirúrgica pode trazer **benefícios** para o paciente, equipe cirúrgica e/ou serviço de saúde? (*Entende-se por equipe cirúrgica todos os indivíduos envolvidos no cuidado do paciente no período intraoperatório*).
- sim [por favor, responda a questão 4 e subsequentes]
- não [por favor, responda a questão 7 e subsequentes]
4. Assinale o que você considera que poderia ser **benefício (s) para o paciente** devido ao uso da lista (*Pode assinalar uma ou mais opções*):
- Promover a segurança do paciente.
- Aumentar a confiança do paciente na assistência realizada.
- Pode reduzir a ansiedade, tensão e medo do paciente em relação à cirurgia.
- Prevenir eventos adversos nos pacientes.
- Outros benefícios _____
5. Assinale o que você considera que poderia ser **benefício (s) para a equipe cirúrgica** devido ao uso da lista (*Pode assinalar uma ou mais opções*):
- Melhorar a comunicação na sala cirúrgica.
- Oportunizar o diálogo, com socialização de informações relevantes sobre o paciente, preocupações, planejamento do cuidado e tomada de decisão coletiva.
- Melhorar o trabalho em equipe.
- Outros benefícios _____
- Nenhum benefício para a equipe cirúrgica.
6. Assinale o que você considera que poderia ser **benefício (s) para o CC e/ou serviço de saúde** devido ao uso da lista (*Pode assinalar uma ou mais opções*):
- Melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente.
- Incrementar a eficiência na sala cirúrgica.
- Melhorar a cultura de segurança no CC.
- Reduzir custos hospitalares, pela prevenção de eventos adversos.
- Reduzir custos hospitalares, devido à otimização da eficiência na sala cirúrgica.
- Os benefícios da implementação da lista de verificação poderiam superar as dificuldades ou eventuais “transtornos” da implementação (por exemplo, necessidade de dedicação de tempo, planejamento, envolvimento da equipe e mudança na rotina, dentre outros).
- Outros benefícios _____
7. Na sua opinião, existe a possibilidade futura de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica em seu hospital?
- sim não não sei

8. Na sua opinião, assinale quais itens poderiam ser **facilitadores** para a implementação e uso da lista de verificação de segurança cirúrgica neste hospital:

a) Facilitadores relativos à organização:

- Obter apoio do setor administrativo do hospital
- Obter apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem.
- O hospital possuir o núcleo de segurança do paciente.

b) Facilitadores relativos ao processo de implementação:

- O envolvimento/participação da equipe cirúrgica na etapa de planejamento antes da implementação da lista.
- A oferta de programa educacional e capacitação da equipe cirúrgica para a implementação e uso diário da lista.
- A realização de teste piloto (simulação de uso) na sala cirúrgica, antes da introdução da lista.
- A introdução gradual da lista nas salas cirúrgicas, com início em apenas uma sala e equipe.
- O envolvimento/participação dos pacientes no processo de introdução da lista na sala cirúrgica.
- O monitoramento da prática de uso da lista no cotidiano do trabalho em CC, realizado pelo enfermeiro ou outro profissional.

c) Facilitadores relativos à equipe cirúrgica:

- A presença de profissional dentro do CC que exercerá liderança efetiva, estimulará, apoiará e participará da implementação da lista.
- Aceitação do uso da lista de verificação pela equipe de enfermagem, anestesistas e cirurgiões.

9. Na sua opinião, assinale quais itens poderiam ser **barreiras** para a implementação e uso da lista neste hospital?

a) Barreiras relativas à organização:

- A falta de apoio do setor administrativo do hospital.
- A falta de apoio das chefias da cirurgia, anestesia e enfermagem.
- Ausência do núcleo de segurança do paciente no hospital.

b) Barreiras relativas ao processo de trabalho em CC:

- Sobrecarga de trabalho no CC.
- A falta de tempo para cumprir a checagem da lista de verificação.
- Alta rotatividade de pessoal no CC.

c) Barreiras relativas ao processo de implementação:

- Imposição da lista de maneira mandatária pela chefia, sem o envolvimento da equipe cirúrgica na etapa de planejamento.
- Introdução da lista de maneira abrupta na sala cirúrgica, sem planejamento prévio para o seu uso.
- Ausência de programa educacional para o treinamento da equipe, antes da introdução da lista na sala cirúrgica.
- Ausência da realização de teste piloto (simulação de uso) na sala cirúrgica, antes da introdução da lista.
- A falta de monitoramento das práticas de uso, após a implementação e no cotidiano do CC.

d) Barreiras relativas à equipe cirúrgica:

- Ausência de profissional que exerça liderança dentro do CC e que estimule, apoie e participe da implementação da lista.

-
- () Dificuldades na comunicação e trabalho em equipe na sala cirúrgica.
 - () A hierarquia existente na sala cirúrgica entre as categorias profissionais.
 - () A possibilidade de haver resistência/não aceitação ao uso da lista por parte dos cirurgiões.
 - () A possibilidade de haver resistência/não aceitação ao uso da lista por parte dos anestesistas.
 - () A possibilidade de haver resistência/não aceitação ao uso da lista por parte dos enfermeiros.
 - () A possibilidade de haver resistência/não aceitação ao uso da lista por parte dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.
 - () A possibilidade de haver descrença em relação aos benefícios do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica por membros da equipe cirúrgica.

APÊNDICE D - Solicitação de anuência

_____, ____ de _____ de 2015.

Ilmo (a)

Sr.(a). _____

Gerente/Diretor (a) de Enfermagem do Hospital _____

Prezado (a) Sr. (a),

Estou conduzindo uma pesquisa (tese de doutorado) vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), intitulado: **Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde**, sob orientação da Profa. Dra. Cristina Maria Galvão.

Informo que a pesquisa tem como objetivos: (a) analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde e (b) analisar o processo de implementação e o uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná. Para o alcance dos objetivos propostos, a pesquisa será desenvolvida em duas fases: na primeira, a revisão integrativa será empregada como método de revisão e a segunda fase consiste em estudo descritivo. Para a realização dessa fase, preciso entrevistar a população alvo (enfermeiros atuantes em centro cirúrgico) referente ao segundo objetivo da pesquisa.

Na oportunidade ressalto que serão observadas todas as recomendações aos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. O sigilo institucional e dos participantes será assegurado.

Para tanto, conto com a sua anuência, no sentido de autorizar a coleta de dados com enfermeiros que atuam na unidade de centro cirúrgico dessa instituição, após o parecer favorável do Comitê de Ética (CEP) da EERP. Para que este projeto de pesquisa seja avaliado pelo CEP da EERP, é preciso anexar, junto ao projeto, a

anuência das instituições onde a coleta de dados será realizada. Tal coleta será feita com auxílio de instrumento validado, enviado aos participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estou à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Maria Fernanda do Prado Tostes
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental
(EERP/USP)

APÊNDICE E - Declaração de concordância da instituição

coparticipante

_____, ____ de _____ de 201__.

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético nº 164/2015, emitido pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Instituição Proponente), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

O presente projeto foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP, protocolo CAAE: 48347115.9.0000.5393

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de pesquisa de doutorado que tem como objetivos gerais (a) analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde e (b) analisar o processo de implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná. A pesquisa será conduzida em duas fases, para o alcance do primeiro objetivo geral será elaborada uma revisão integrativa. Um estudo com delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo será realizado para o alcance do segundo objetivo geral. A realização desta parte da pesquisa dependerá do seu consentimento para o desenvolvimento da validação aparente e de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados elaborados pelo pesquisador.

Um instrumento deverá ser respondido pelos enfermeiros que atuam nos hospitais que a lista de verificação de segurança cirúrgica foi implementada. Este instrumento contém duas partes: a primeira é relativa aos dados sociodemográficos dos enfermeiros, dados da unidade de centro cirúrgico e hospital. A segunda parte refere-se aos dados sobre o processo de implementação e uso diário da lista. O outro instrumento deverá ser respondido pelos enfermeiros que atuam nos hospitais que a lista de verificação de segurança cirúrgica não foi implementada. Também é dividido em duas partes: a primeira é relativa aos dados sociodemográficos dos enfermeiros, dados da unidade de centro cirúrgico e hospital; a segunda parte refere-se aos dados sobre o processo de implementação da lista de verificação. Sua participação no estudo contribuirá para a adequação dos instrumentos de coleta de dados. Ressaltamos ainda, que em torno de 60 minutos consiste no tempo necessário para a realização da avaliação dos instrumentos.

Esclarecemos que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e que o (a) senhor (a), em momento algum será identificado (a). Todas as informações obtidas por meio da sua avaliação dos instrumentos elaborados ficarão sob a nossa responsabilidade e trabalharemos com elas de forma global. Informamos que os resultados deste estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas, pois é marcante a inexistência de publicações sobre o assunto na enfermagem nacional. Informamos que o (a) senhor (a) tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da sua participação no estudo.

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Ressaltamos que a sua participação oferece risco baixo, ou seja, o (a) senhor (a) poderá sentir algum tipo de desconforto. Caso o (a) senhor (a) sinta desconforto, poderá a qualquer momento interromper a avaliação dos instrumentos de coleta de dados, sem prejuízos. Salientamos ainda que a sua identidade será mantida no anonimato. Os dados serão manipulados somente pelos pesquisadores responsáveis e os participantes da pesquisa serão codificados para evitar identificação. A sua participação não oferece qualquer tipo de despesa.

O (a) senhor (a) receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida com relação ao estudo, por favor, entre em contato com o pesquisador por meio do endereço, *e-mail* ou telefone: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Avenida Bandeirantes, n.3900, bairro Monte Alegre, CEP 14040-902, Ribeirão Preto, São Paulo. *E-mail*: mfp Prado@gmail.com. Telefone: (44) 3305-6694. Contato do Comitê

de Ética em Pesquisa (EERP-USP): (16)3315-3386 sendo o horário de funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17 h.

Agradecemos a sua colaboração!

Eu, _____ após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação. Recebi uma via cópia deste documento devidamente assinada pelos pesquisadores responsáveis.

_____, ____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisadora (aluna)
Maria Fernanda do Prado Tostes

Pesquisadora (orientadora)
Profa. Dra. Cristina Maria Galvão

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O senhor (a) está convidado (a) para participar de pesquisa de doutorado que tem como objetivos gerais (a) analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde na prática dos serviços de saúde e (b) analisar o processo de implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de hospitais de duas cidades localizadas no estado do Paraná. A pesquisa tem duas fases, para o alcance do primeiro objetivo geral foi elaborada uma revisão integrativa.

Um estudo com delineamento de pesquisa não experimental, tipo descritivo será realizado para o alcance do segundo objetivo geral. A realização desta parte da pesquisa dependerá do seu consentimento em responder um instrumento de coleta de dados. Este instrumento contém duas partes: a primeira é relativa aos seus dados sociodemográficos, dados da unidade de centro cirúrgico e hospital que atua. A segunda parte refere-se aos dados sobre o processo de implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica. Caso esta prática não foi implementada no serviço que trabalha, o senhor (a) responderá outro instrumento que também é dividido em duas partes: a primeira é relativa aos seus dados sociodemográficos, dados da unidade de centro cirúrgico e hospital que atua e a segunda parte refere-se aos dados sobre o processo de implementação da lista de verificação.

Sua colaboração no estudo contribuirá com subsídios para nortear os enfermeiros no desenvolvimento de estratégias para implementar e utilizar a lista de verificação de segurança cirúrgica nos serviços de saúde, melhorar a efetividade, adesão e viabilizar a incorporação dessa prática nos serviços de saúde em prol da segurança do paciente.

Para responder o instrumento, o senhor (a) levará tempo aproximado de trinta minutos e poderá respondê-lo no momento e local de sua escolha, porém gostaríamos que devolvesse o instrumento de coleta de dados preenchido num prazo de sete dias a contar do seu recebimento.

Suas respostas serão utilizadas somente para esta pesquisa; sua identidade não será revelada em qualquer circunstância (seu nome não aparecerá). Informamos que os resultados deste estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas, pois é marcante a inexistência de publicações sobre o assunto na enfermagem nacional. Salientamos que o (a) senhor (a) tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente a sua participação no estudo.

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Ressaltamos que a sua participação oferece risco baixo, ou seja, o (a) senhor (a) poderá sentir algum tipo de desconforto. Caso o (a) senhor (a) sinta desconforto, pode interromper o preenchimento do instrumento e realizar em outro momento ou o (a) senhor (a) poderá retirar o seu consentimento, sem prejuízos. Salientamos ainda que a sua identidade será mantida no anonimato. Os dados serão manipulados somente pelos pesquisadores responsáveis e os participantes da pesquisa serão codificados para evitar identificação. A sua participação não oferece qualquer tipo de despesa.

O (a) senhor (a) receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se o (a) senhor(a) tiver alguma dúvida com relação ao estudo, por favor, entre em contato com o pesquisador por meio do endereço, *e-mail* ou telefone: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Avenida Bandeirantes, n.3900, bairro Monte Alegre, CEP 14040-902, Ribeirão Preto, São

Paulo. *E-mail:* mfpprado@gmail.com. Telefone: (44) 3305-6694. Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (EERP-USP): (16)3315-3386 sendo o horário de funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17 h.

Agradecemos a sua colaboração!

Eu,

_____ após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, eu li e entendi os objetivos do presente estudo descritos neste documento. Recebi uma via deste documento devidamente assinada pelos pesquisadores responsáveis.

_____, ____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisadora (aluna)
Maria Fernanda do Prado Tostes

Pesquisadora (orientadora)
Profa. Dra. Cristina Maria Galvão

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Centro Colaborador da CAPS/COMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avonida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3182 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 164/2015, de 20.10.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 200ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de outubro de 2015.

Protocolo CAAE: 48347115.9.0000.5393

Projeto: Lista de verificação de segurança cirúrgica: evidências para a implementação em serviços de saúde

Pesquisadores: Maria Fernanda do Prado Tostes
Cristina Maria Galvão (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Cristina Maria Galvão
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP