



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



Dificuldades na aplicação do *checklist* cirúrgico: estudo qualitativo de abordagem ecológica restaurativa

Nery José de Oliveira Junior¹, Ana Maria Müller de Magalhães²

¹ Centro Universitário FADERGS

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Objetivo: analisar a aplicação do *checklist* da cirurgia segura, buscando descrever os principais fatores que podem afetar seu preenchimento e seguimento, segundo a percepção de técnicos de enfermagem.

Método: estudo qualitativo, realizado com técnicos de enfermagem de um centro cirúrgico ambulatorial, do sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e métodos fotográficos, na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo. **Resultados:** do agrupamento das informações emergiram três categorias: *Checklist* para a segurança do paciente: ainda um desafio; Dificuldade de adesão ao *checklist* da cirurgia segura; e Etapas do *checklist*. **Discussão:** os dados indicam que algumas etapas desse processo ainda não são cumpridas e encontra-se dificuldade de adesão pelas equipes. **Conclusões:** entre as principais falhas levantadas, encontra-se a baixa adesão da equipe médica para realização do *time out* e para marcação de confirmação do local do procedimento. A abordagem ecológica restaurativa oportunizou o engajamento dos profissionais.

Descritores: Lista de Checagem; Segurança do Paciente; Enfermagem Perioperatória.

INTRODUÇÃO

Os movimentos em busca de qualidade e segurança nos sistemas de saúde apontam que ainda precisamos avançar nas questões que envolvem a segurança de pacientes hospitalizados. Mesmo com as recentes iniciativas globais acerca da segurança do paciente nos serviços de saúde, a cirurgia segura permanece como um grande desafio no contexto atual.

Estimativas indicam que, em 234 milhões de cirurgias realizadas por ano, no mundo, ocorreram cerca de 2 milhões de óbitos e 7 milhões de clientes sofreram complicações pós-operatórias, das quais 50% poderiam ter sido evitadas, segundo cálculos oficiais⁽¹⁾.

Durante a assistência prestada ao paciente, eventos adversos podem ocorrer e gerar danos físicos, sociais e psicológicos, além de sofrimentos, incapacidades ou morte. Situações evitáveis de quedas de paciente da mesa cirúrgica, cirurgia em local errado ou troca de pacientes são eventos adversos que não estão associados à doença de base e que podem atingir os pacientes no centro cirúrgico^(1,2).

Para enfrentar esse problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mobilizou esforços para desenvolver e implantar estratégias para assegurar a qualidade do cuidado prestado ao paciente cirúrgico. O *checklist* da cirurgia segura é considerado uma ferramenta capaz de prevenir falhas nos processos assistenciais, diminuindo complicações e o tempo de permanência no hospital, além de contribuir para redução da mortalidade dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos⁽³⁾.

No centro cirúrgico, a criação e a implantação do *checklist* de cirurgia segura é uma das intervenções adotadas pelas instituições hospitalares, com o intuito de assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos, atendendo às recomendações

da meta quatro para a segurança dos pacientes, definida pela *Joint Commission International*^(4,5) e reafirmada pela OMS e pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. O *checklist* também contribui para a redução de mortalidade e complicações pós-operatórias, dependendo da cultura de segurança da instituição, e para o comprometimento dos gerentes e dos trabalhadores da linha de frente⁽⁵⁻⁹⁾.

Disto exposto, surgiram as seguintes questões de pesquisa: como está a adesão ao *checklist* da cirurgia segura? Como esse processo está ocorrendo na prática diária dos profissionais que atuam em centro cirúrgico? Como os técnicos de enfermagem percebem o cumprimento do protocolo no cenário da prática?

Para responder a essas perguntas, tendo-se em mente os complexos aspectos organizacionais e individuais envolvidos nos ambientes de centro cirúrgico, os quais podem contribuir ou prejudicar a implantação e consolidação de novas práticas, optou-se pela condução de uma investigação ancorada na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo, com o uso de métodos fotográficos participativos.

Essa abordagem de pesquisa adapta os princípios do pensamento ecológico e restaurativo aos sistemas sociotécnicos da assistência no campo da saúde, com um exame minucioso do ambiente onde o cuidado é prestado, permitindo capturar dados por métodos fotográficos, de aspectos fidedignos e fenômenos organizacionais em tempo real. A análise cuidadosa de como ocorre a relação entre as pessoas e os ambientes nos quais elas convivem proporciona o engajamento e participação do grupo pesquisado, permitindo a identificação e ilustração de problemas encontrados, assim como a discussão e proposição de melhorias para o funcionamento da unidade, que, no dia a dia, podem não estar tão visíveis⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Essas considerações, aliadas à escassez de estudos nacionais, remetem à importância de

pesquisar esse fenômeno no cenário brasileiro, visando contribuir para o fortalecimento das políticas e estratégias relacionadas à segurança do paciente em nosso país. O objetivo deste trabalho foi analisar a aplicação do *checklist* da cirurgia segura, buscando descrever os principais fatores que podem afetar seu preenchimento e seguimento, segundo a percepção de técnicos de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizada com técnicos de enfermagem atuantes no centro cirúrgico ambulatorial de um hospital-dia privado e filantrópico, localizado na cidade de Porto Alegre, RS, da Região Sul do Brasil. No centro cirúrgico escolhido para a realização desse estudo, há 60 técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros que atuam entre às 7h e 1h, de segunda-feira à sábado.

O centro cirúrgico é composto por oito salas cirúrgicas, onde são realizadas cerca de 600 cirurgias por mês, sendo, em média, 30 procedimentos por dia, principalmente das especialidades de traumatologia, ginecologia, urologia e estética. Cabe ao enfermeiro gerenciar a distribuição das cirurgias nas salas do centro cirúrgico, assim como coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem em suas atividades, inclusive no preenchimento correto do *checklist* da cirurgia segura, juntamente com a equipe médica. A instituição implantou o protocolo de cirurgia segura há quatro anos e todos os trabalhadores de enfermagem foram treinados para a sua aplicação.

Ressalta-se que a lista de verificação adotada na instituição foi adaptada do protocolo da OMS e é desenvolvida em quatro etapas: antes da entrada do paciente na sala cirúrgica (admis-

são e identificação), antes da indução anestésica, antes da incisão (*time out*) e antes da saída da sala (*check out*).

A amostra foi escolhida por conveniência e conformada por aqueles que manifestaram interesse em participar do estudo, após o convite feito por meio de um cartaz informativo na unidade. O convite foi extensivo a todos os técnicos de enfermagem do centro cirúrgico, porém, apenas oito se inscreveram e participaram do estudo.

Os critérios de inclusão consistiram na inscrição prévia e confirmação do interesse na participação do estudo, por meio de contato verbal. Os técnicos de enfermagem foram os atores dessa pesquisa por realizarem, junto à equipe médica, o preenchimento do *checklist* da cirurgia segura. Para esse momento, o estudo lança um olhar para como o técnico de enfermagem percebe e realiza o protocolo da lista de verificação da cirurgia segura no seu cotidiano de trabalho.

Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal e de métodos fotográficos de pesquisa, na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo, após reunião com os dirigentes da instituição em janeiro de 2014, da qual participou o diretor técnico da instituição. Em consonância com os pressupostos metodológicos do estudo, essa reunião teve o objetivo de apresentar o projeto de investigação e comprometer os dirigentes com os resultados e possíveis alternativas de melhoria que surgissem no decorrer da pesquisa. Cabe ressaltar que o próprio pesquisador era o enfermeiro responsável pelo centro cirúrgico, na época do desenvolvimento da investigação, o que reforçava o comprometimento dos dirigentes com a condução do projeto e a translação do conhecimento produzido para a prática.

No mês de março de 2014 ocorreu o primeiro grupo focal para a discussão da temática e elaboração do roteiro da caminhada fotográfica.

Em abril do mesmo ano, procedeu-se à caminhada fotográfica, com quatro participantes: pesquisador principal, fotógrafo, auxiliar de pesquisa para anotações de campo e um técnico de enfermagem voluntário, que participou do primeiro grupo focal. O segundo grupo focal foi realizado no mês de maio para discussão e elicitación fotográfica.

Os grupos focais contaram com oito participantes cada, mediante inscrição prévia e confirmação dos interessados. As discussões foram gravadas em áudio para assegurar a fidedignidade das informações. Os encontros tiveram duração de 1 hora e 30 minutos e ocorreram em uma sala de reuniões da instituição, com o intuito de assegurar a privacidade do grupo. No primeiro grupo focal foi utilizado um guia de temas com os seguintes questionamentos: O que vocês consideram um procedimento cirúrgico seguro? Na opinião de vocês, quais os aspectos que influenciam na aplicação do *checklist* da cirurgia segura? Como a equipe multiprofissional realiza a aplicação do *checklist* da cirurgia segura? Qual a influência do *checklist* da cirurgia segura no cuidado prestado ao paciente no perioperatório?

A cada participante (P) foi atribuído um número (P1, P2 [...] P8), tanto para cada grupo focal quanto para as narrativas da caminhada fotográfica.

Os dados foram transcritos e organizados junto às fotos no programa NVivo10, sendo analisados pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática, seguindo-se as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽¹³⁾.

O estudo tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o Parecer Consubstanciado nº 530.038, de 13 de fevereiro de 2014, sob CAAE: 26690914.9.0000.5328. Para a coleta de dados foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a cada participante do

grupo focal que, através da assinatura nas duas vias desse documento (uma para o participante e outra para o pesquisador), manifestou sua concordância em participar do estudo e sua anuência quanto à gravação em áudio. Também foram fornecidas orientações para cada participante da caminhada fotográfica e distintos TCLE foram elaborados para pacientes/familiares e médicos/funcionários que encontravam-se nos ambientes onde as imagens estavam sendo registradas, atendendo às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Após a organização e agrupamento do material, emergiram três categorias temáticas: *Checklist* para a segurança do paciente: ainda um desafio; Dificuldade de adesão ao *checklist* da cirurgia segura; e Etapas do *checklist*.

Checklist para segurança do paciente: ainda um desafio

Nos debates, foi ressaltado que o *checklist* contribui como uma barreira para prevenir possíveis erros de lateralidade do procedimento cirúrgico e de troca de paciente na sala operatória, além de assegurar a correta identificação do paciente no momento do preparo para ingressar no centro cirúrgico.

A necessidade de os pacientes sentirem-se seguros foi enfatizada pelos participantes do estudo, ao relatar os momentos que os mesmos interagem com os pacientes durante o preenchimento da lista de verificação cirúrgica em todas as fases: pré, trans e pós-operatórias.

Na rotina institucional, o paciente, ao chegar na recepção cirúrgica, é recebido por um auxiliar administrativo que coleta os dados de

identificação, imprime e instala uma pulseira branca no braço direito do paciente, orientando e informando a finalidade do uso da pulseira de identificação. Na sequência, o paciente é encaminhado para a sala de preparo cirúrgico, onde se dá a continuidade do atendimento a partir da reconfirmação dos seus dados de identificação por meio de pergunta oral, verificação do prontuário e das informações contidas na pulseira de identificação. Ocorre a troca de roupa, verificação dos sinais vitais e se dá continuidade à entrevista, a fim de investigar sobre o uso de medicamentos, alergias e procedimentos cirúrgicos prévios, e de ratificar o procedimento a ser realizado.

A presença de alergias é sinalizada com a colocação de uma pulseira de cor laranja, a fim de destacar essa informação para todas as equipes. Este momento caracteriza o início do processo de enfermagem no centro cirúrgico, no qual reúnem-se as informações que serão, posteriormente, utilizadas na sala operatória e na sala de recuperação pós-anestésica. A figura 1 retrata o momento da admissão do paciente na sala de preparo cirúrgico e representa a primeira etapa de aplicação do *checklist*.

Figura 1. Admissão dos pacientes na sala de preparo cirúrgico - Centro Cirúrgico. Porto Alegre/RS, 2014



A figura 2 retrata a identificação do paciente por meio da pulseira, cumprindo a meta

número 1 da segurança do paciente preconizada pela OMS, evitando, assim, erros de identificação ou troca de nomes entre os pacientes. Outro aspecto destacado pelos participantes do estudo que ressalta a importância do uso de pulseiras de identificação e sinalização de alergias, é que ela previne a administração inadequada de medicamentos aos quais o paciente era alérgico, reforçando sua segurança. Os excertos que seguem mostram algumas falas dos membros do grupo sobre estes aspectos:

No momento que a gente recebe o paciente, quem estiver na triagem tem que confirmar com o paciente o nome completo, antes de o paciente entrar ou no momento que ele está se trocando; a gente faz a confirmação para a segurança do paciente. (P1) Grupo focal 2, 28/06/2014.

Comigo já aconteceu de eu chamar o paciente, e ele não ser o paciente chamado. Eu acho maravilhoso ter uma pulseira para identificar o paciente. Tudo é pouco. (P3) Grupo focal 2, 28/06/2014.

Figura 2. Pulseira de identificação do paciente e de risco de alergia - Sala de preparo cirúrgico. Porto Alegre/RS, 2014



Segundo os participantes, nas discussões do grupo focal, os pacientes mostram-se ansio-

sos e com sinais de nervosismo nos momentos que antecedem à chamada para a cirurgia, o que pode ocasionar dificuldades e bloqueios em ouvir seu nome ou nomes similares, criando situações de possíveis trocas de pacientes.

Para prevenir essas possíveis falhas, a instituição adotou rotinas nas quais é enfatizado que qualquer membro da equipe cirúrgica ou de enfermagem, ao buscar o paciente na sala de preparo cirúrgico, deve chamá-lo pelo nome completo, conferir com o prontuário e pulseira de identificação, e reforçar a orientação ao paciente sobre a pulseira que sinaliza a presença de risco de alergia. Em sala cirúrgica, no momento do preenchimento do *checklist*, esses mesmos itens devem ser confirmados, além de ser ratificado o nome do procedimento a ser realizado.

Dificuldade de adesão ao checklist da cirurgia segura

Nesta categoria foram agrupados os motivos da não adesão, bem como as dificuldades frente ao cumprimento dos protocolos de aplicação do *checklist* da cirurgia segura. Conversando com o grupo, percebeu-se que todos conheciam o instrumento para a realização do *checklist* da cirurgia segura, porém, referiram ter dificuldades para o preenchimento do mesmo, principalmente pela necessidade de agilizar o processo e encaminhar rapidamente o paciente à sala de cirurgia. As discussões do grupo refletiram dificuldades de adesão dos médicos, cirurgiões e anestesistas, em seguir o protocolo, conforme pode ser observado no trecho que segue:

A gente tem uma barreira com o checklist dentro de sala, em função dos nossos médicos. [...] Porque têm alguns médicos que não aceitam. [...]. (P1)
Grupo focal 1, 18/03/2014.

Em sala é bem complicado a gente fazer. O que a gente faz? Procura se identificar, fazer o checklist lá na triagem, confirmar o nome do paciente, pulseira, cirurgia, cirurgião, alergias, conversa tudo que tem que conversar, porque quando chega na sala eles já deitam o paciente na mesa e já vão puncionando, eles não deixam a gente falar. (P8) Grupo focal 1, 18/03/2014.

Tem médico que não deixa fazer nada, nem perguntar nada para o paciente, ele já leva o paciente para a sala. (P2)
Grupo focal 1, 18/03/2014.

Segundo os participantes, para o uso do *checklist* da cirurgia segura acontecer de maneira adequada, as equipes de enfermagem e médica necessitam de treinamento, a fim de reforçar a importância e os benefícios da aplicação do instrumento, incentivando seu uso e contribuindo para a mudança da cultura de segurança da instituição.

Etapas do checklist

Nesta categoria abordaram-se as ideias relativas às diferentes etapas do *checklist* que, por diversas vezes, não transcorreram nos tempos preconizados e prejudicaram o seu emprego como barreira para falhas no processo cirúrgico.

Nos grupos focais, discutiu-se que existem falhas no preenchimento do *checklist* da cirurgia segura e isso pôde ser constatado durante a caminhada fotográfica, quando foi observado que, em algumas situações, o instrumento estava completamente preenchido antes de iniciar a cirurgia ou após seu término, sem respeitar os momentos corretos de sua aplicação. Segundo os participantes, esta prática é feita para dar maior agilidade ao processo cirúrgico.

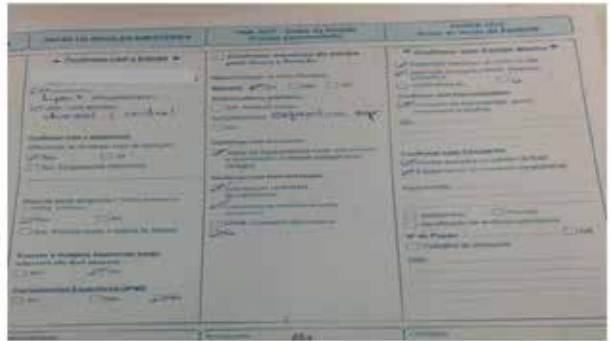
É que, na minha opinião, esse checklist se faz antes, porque numa cirurgia é muito corrido e a gente tem que tirar o paciente, e esse papel vai junto. Então, se tu não preenche naquele momento que tu pode preencher tudo rápido, tu não consegue preencher depois e vai sem ele pra sala de recuperação. (P8) Grupo focal 2, 28/06/2014.

Eles não entendem. Eles não querem perder tempo na sala, eles acham que isso é uma bobagem, uma besteira. E quando a gente tentou aplicar o checklist em sala antes, a gente teve várias barreiras, várias discussões. [...] realmente, aqui, a gente não consegue fazer nosso papel, o cirurgião fazer o papel dele, o anestesista fazer o dele. [...] em função do anestesista que acha que é bobagem, e o cirurgião que acha que é bobagem. (P1) Grupo focal 2, 28/06/2014.

Pelo controle e conferência realizado na chegada do paciente na sala de recuperação, identificou-se que praticamente todos os pacientes tinham os registros completos no *checklist*. No entanto, durante a caminhada fotográfica, foi percebido que, em alguns casos, o paciente ainda estava em cirurgia e o *checklist* já estava todo preenchido, ou seu preenchimento nem havia sido iniciado; em outro procedimento, o paciente ainda estava acordado, conversando com a equipe e sendo preparado para o procedimento, e o documento já estava preenchido em grande parte, corroborando que o *time out* (pausa antes da incisão cirúrgica, quando o paciente já está anestesiado) não aconteceu naquela situação, mas estava preenchido como se tivesse ocorrido nos tempos adequados. A figura 3 ilustra os aspectos descritos, com o

instrumento completamente preenchido antes do início da cirurgia.

Figura 3. Preenchimento antecipado do *checklist* - Sala cirúrgica. Porto Alegre/RS, 2014



No grupo focal, os técnicos de enfermagem enfatizaram que a equipe médica não permitiu a realização da pausa cirúrgica, acelerando o processo cirúrgico para viabilizar a realização de vários procedimentos em sequência.

Outra inconformidade relatada foi quanto à falha na marcação da lateralidade cirúrgica. De acordo com o protocolo institucional, o paciente teria que fazer a primeira marca cirúrgica (círculo de cor vermelha) com o acompanhamento de um profissional da enfermagem; e a segunda marca deveria ser realizada pelo médico cirurgião, por meio de um círculo de cor azul, com a intenção de confirmar com o paciente, ainda acordado, onde seria realizado o procedimento. No entanto, essa segunda confirmação nem sempre ocorre.

Na figura 4 é demonstrada a marcação cirúrgica realizada pela paciente e a não confirmação pelo médico cirurgião, pois a paciente já estava sedada. Durante a caminhada fotográfica, registrou-se que houve apenas a marcação de lateralidade realizada pela paciente. No momento da confirmação da lateralidade pelo médico, o mesmo já estava realizando a escovação cirúrgica das mãos para entrar em campo, sem confirmar o local de realização do procedimento com o círculo azul, conforme preconizado pelo protocolo.

Figura 4. Marcação da lateralidade - Sala cirúrgica. Porto Alegre/RS, 2014

DISCUSSÃO

Estes resultados podem contribuir para o conhecimento de um tema emergente nos sistemas de cuidado em saúde, o qual ainda necessita ser explorado no contexto dos hospitais brasileiros para melhorar a segurança do paciente, especificamente na área de centro cirúrgico.

O uso de uma metodologia inovadora, como os métodos fotográficos participativos na abordagem ecológico restaurativa, pode colaborar com a implantação e o aprimoramento do uso do *checklist* da cirurgia segura, por meio da mobilização e comprometimento dos profissionais envolvidos nos processos, dos dirigentes e dos tomadores de decisões nas instituições investigadas.

Os achados deste estudo demonstram o reconhecimento da equipe de enfermagem sobre a importância do uso do *checklist* da cirurgia segura para promover a segurança do paciente no centro cirúrgico. No entanto, algumas etapas desse processo ainda não são cumpridas pela dificuldade de adesão pelas equipes médicas e de enfermagem.

O seguimento das etapas conforme preconizado, com pausas para conferências em momentos críticos dos procedimentos cirúrgico-

-anestésicos, como antes da indução anestésica, antes da incisão e antes da saída da sala operatória, ainda necessita ser enfatizado por meio de capacitações e orientações das equipes médicas e de enfermagem. O não cumprimento de cada uma dessas etapas pode acarretar falhas e danos aos pacientes. Esse aspecto foi destacado em estudo realizado em um hospital de referência da Etiópia, o qual identificou que a lista de verificação cirúrgica contribuiu para melhorar a comunicação entre os profissionais. No entanto, reiterou que ainda se faz necessário incrementar o treinamento das equipes assistenciais e reforçar o uso desta ferramenta⁽¹⁵⁾.

Os achados da presente pesquisa concordam com os resultados de outros estudos^(16,17), que apontam que o *checklist* é aplicado em todos os procedimentos cirúrgicos, porém os passos da lista de verificação não são totalmente executados, comprovando que há falhas relacionadas aos registros do protocolo e que a adesão ao *checklist* depende da cultura de segurança da instituição e do empoderamento das equipes cirúrgicas e de enfermagem.

Um estudo realizado na Suíça, sobre a implantação do *checklist* da cirurgia segura entre os serviços públicos e privados, apresentou maior dificuldade de adesão nos serviços privados, tendo como resposta “uma perda de tempo”⁽¹⁷⁾.

A literatura⁽¹⁸⁻²⁰⁾ aponta que a implantação desta ferramenta pode contribuir para a redução de complicações gerais em pacientes cirúrgicos, além de corroborar para a melhoria da sensibilização para a segurança do paciente, minimizando riscos a partir de uma maior coesão entre as equipes e pela coordenação das atividades e proporcionando maior qualidade no atendimento. Algumas dificuldades para a implantação do *checklist* da cirurgia segura são decorrentes de problemas organizacionais, habilidades humanas, características culturais e crenças, as quais podem resultar em duplicação de atividades, uso inadequado, tempo consumido, tempo insuficiente, comunicação ruim entre os profissionais, ausência de familiaridade entre os profissionais ou constrangimentos na sala cirúrgica.

As dificuldades de adesão encontradas indicam que são necessárias estratégias para a implantação do *checklist* da cirurgia segura, com o objetivo de facilitar a adaptação e aumentar a adesão das equipes. Além disso, é fundamental que as lideranças, além das equipes médicas e de enfermagem da linha de frente, comprometam-se com a implantação e acompanhamento do *checklist* da cirurgia segura⁽¹⁸⁾.

Outros aspectos levantados a partir das discussões nos grupos focais referiram-se a como os técnicos de enfermagem, após o treinamento sobre o preenchimento e a importância do *checklist* da cirurgia segura, sentiam-se habilitados para a aplicação do instrumento. Essas ponderações levaram a questionar se eles realmente valorizavam esse instrumento ou se se tratava apenas de mais um documento a ser preenchido. Diante dessas considerações, pode-se supor que, em algumas situações, a equipe de enfermagem não se sentiu responsável por cobrar da equipe médica o seguimento do protocolo, já que o mesmo não pareceu ser valorizado por esses profissionais, que relacionavam a demora em

iniciar os procedimentos cirúrgicos ao preenchimento do *checklist*.

A confirmação da lateralidade e a marcação do procedimento cirúrgico (círculo em azul) pelo médico cirurgião não ocorreu de acordo com o protocolo institucional, conforme discutido no grupo focal e constatado durante a caminhada fotográfica. Observou-se, em vários momentos, que apenas o paciente realizava a marcação com o auxílio da enfermagem, na sala de admissão cirúrgica.

Estes achados reforçam as recomendações de outros estudos sobre a importância da marcação da lateralidade cirúrgica pelas associações profissionais americanas de enfermagem perioperatória, enfatizando que ela deve acontecer no pré-operatório, em tempo hábil, tendo a certeza do local a ser operado. Esse processo tem por objetivo evitar que a cirurgia seja realizada na pessoa e no local errados, além de evitar procedimentos que coloquem em risco a segurança do paciente e da equipe^(8,15).

É importante ressaltar que não foi observada a realização do *time out* durante a caminhada fotográfica, sendo que a aplicação da pausa cirúrgica é um dos momentos mais importantes do *checklist*, pois é o momento de confirmar os membros da equipe cirúrgica, além de se certificar do sítio cirúrgico, garantindo a segurança do paciente. Identificou-se que o não seguimento das etapas do protocolo resultou em situações não adequadas, a exemplo dos casos em que o impresso do *checklist* já estava completamente preenchido quando o paciente ainda não estava anestesiado ou, em outros casos, nos quais o paciente estava sendo operado e o *checklist* permanecia em branco, sendo preenchido apenas ao final do procedimento cirúrgico.

Os métodos fotográficos, utilizados na pesquisa, contribuíram para que os profissionais reavaliassem seu local de trabalho, bem como a aplicação das atividades e as rotinas assis-

ciais. No momento da elucidação das fotos, no segundo grupo focal, as imagens falavam por si mesmas, com os participantes interpretando as fotos e identificando melhorias, além de apontar situações que necessitavam de ajustes.

Semelhante aos achados de outro estudo⁽¹⁹⁾, a utilização da abordagem fotográfica participativa restaurativa ajudou os profissionais de enfermagem a (re)pensarem e a colaborarem, gerando melhorias significativas para o projeto físico, disposição e organização de materiais e equipamentos. Ademais, possibilitou a compreensão de inúmeras facetas envolvidas no complexo ambiente no qual se desenvolvem as ações de cuidado em instituições hospitalares, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança dentro do ambiente de trabalho⁽¹²⁾.

CONCLUSÃO

O *checklist* da cirurgia segura foi um protocolo que auxiliou a prevenção de falhas nos processos assistenciais e consequentes danos aos pacientes. Sua implantação em instituições de saúde necessita ser acompanhada e avaliada para identificar possíveis falhas nas etapas de aplicação, assim como as dificuldades de adesão das equipes, no sentido de propor estratégias de melhorias. Entre as principais falhas levantadas, encontra-se a baixa adesão da equipe médica para realização do *time out* e para confirmação do local do procedimento, por meio de marcação, conforme protocolo institucional.

A natureza participativa dos métodos de pesquisa fotográficos restaurativos oportunizou o engajamento dos profissionais do campo de estudo e possibilitou realizar muitas melhorias na aplicação do *checklist*, a partir de sugestões e propostas feitas por eles.

Apesar da relevância dos achados e das descrições de situações que podem ser comuns

em outras instituições nos cenários de centros cirúrgicos em nosso país, destaca-se a necessidade de novas pesquisas com abordagens distintas, para se aprofundar o conhecimento do fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

1. Spruce L. Back to basics: implementing the surgical checklist. [Internet]. AORN J. 2014; 100(5):465-73; quiz 474-6. [cited 2015 sep. 15]. Available from: <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2814%2900877-1/pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.020>
2. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, Rasslan O, Qsous S, Macharia WM, Sahel A, Whittaker S, Abdo-Ali M, Letaief M, Ahmed NA, Abdellatif A, Larizgoitia I; WHO Patient Safety EMRO/AFRO Working Group. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. [Internet]. BMJ. 2012; 344:e832. [cited 2015 nov. 10]. Available from: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832.full.pdf>. doi: 10.1136/bmj.e832
3. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonem B, Eide GE, et. al.
4. Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes- A stepped wedge cluster randomized controlled trial. [Internet]. Ann Surg. 2015;261(5):821-828. [cited 2016 oct. 30]. Available from: <http://journals.lww.com/annalsofsurgery/toc/2015/05000>. doi: 10.1097/SLA.0000000000000716
5. Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. [Internet]. Ann Surg. 2012; 256(6):925-33. [cited 2015 jun. 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22968074>. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182682f27
6. Joint commission international. National patient safety goals effective. 2013. [cited 2015 nov. 11]. Available from: http://www.jointcommission.org/hap_2014_npsgs

7. Walker A, Reschamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? [Internet]. *Br J Anaesth*. 2012; 109(1):47-54. [cited 2015 jul. 11]. Available from: <http://bjaoxfordjournals.org/content/109/1/47.full.pdf>. doi:10.1093/bja/aes175
8. Cruz YL, Algonso PM, Pérez ACD. Seguridad del paciente en la cirugía refractiva con láser. [Internet]. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2012; 25(1):57-64. [cited 2015 aug. 23] Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000100008&lng=es.
9. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et. al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. [Internet]. *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(1):102-7. [cited 2015 mar. 8]. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/102.full.pdf>. doi:10.1136/bmjqs.2009.040022
10. Brasil. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [cited 2015 oct 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
11. Marck PB, Molzahn A, Berry-Hauf R, Hutchings LG, Hughes S. Exploring safety and quality in a hemodialysis environment with participatory photographic methods: a restorative approach. [Internet]. *Nephrol Nurs J*. 2014; 41 (1): 25-35. [cited 2015 mar. 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24689262>
12. Ray JL, Smith AD. Using photographs to research organizations: evidence, considerations, and application in a field study. [Internet]. *Organizational Research Methods*. 2012; 15 (2): 288-315. [cited 2014 may. 13]. Available from: <http://orm.sagepub.com/content/early/2011/12/19/1094428111431110.full.pdf>. doi:10.1177/1094428111431110
13. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21, Spec No: 146-154. [cited 2015 nov. 11]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/19.pdf>. doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019
14. Minayo MC. [Qualitative analysis: theory, steps and reliability]. *Cienc Saude Coletiva*. 2012; 17(3):621-6. Portuguese.
15. Brasil. Resolução nº 466/12. [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2014 oct. 11]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. [Internet]. *BMJ Qual Saf*. 2011; 21(3):191-7. [cited 2015 mar. 15]. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/11/07/bmjqs-2011-000094.full.pdf>. doi:10.1136/bmjqs-2011-000094
17. Maziero ECS, Silva AEBC, Mantovani MF, Cruz EDA. Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety. [Internet]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(4):14-20. [cited 2015 dec. 10]. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/53716/35653>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>
18. Cullati S, Licker MJ, Francis P, Degiorgi A, Bezzola P, Courvoisier DS, et. al. Implementation of the Surgical Safety Checklist in Switzerland and Perceptions of Its Benefits: Cross-Sectional Survey. [Internet]. *PLoS ONE*. 2014, 9(7), e101915. [cited 2015 oct. 10]. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0101915.pdf>. doi:10.1371/journal.pone.0101915
19. Liza, S. Back to basics: implementing the surgical checklist. [Internet]. *AORN J*. 2014; 100(5):465-73. [cited 2015 nov. 18]. Available from: <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2814%2900877-1/pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.020>
20. Gimenes FR, Marck PB, Atila EG, Cassiani SH. Engaging nurses to strengthen medication safety: fostering and capturing change with restorative photographic research methods. [Internet]. *Int J Nurs Pract*. 2014. Epub ahead of print. [cited 2015 dez. 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24724623>. doi:10.1111/ijn.12304

21. Papaconstantinou HT, Jo C, Reznik SI, Smythe WR, Wehbe-Janek H. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Impact on Surgical Team Perspectives. [Internet]. The Ochsner Journal. 2013; 13(3), 299–309.[cited 2015 nov. 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776503/pdf/i1524-5012-13-3-299.pdf>.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 11/05/2016
Revisado: 22/03/2018
Aprovado: 22/03/2018