

Processo de implementação do protocolo de cirurgia segura

Proceso de aplicación del protocolo de cirugía segura

The implementation process of the safe surgery protocolo

Jennifer Velloso Nogueira Criado, Beatriz Fernandes Dias, Thalita Gomes do Carmo

UFRJ. Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira. RJ, Brasil.

RESUMO

Introdução: a "Safe Cirurgias Salvam Vidas" nem mesmo fazer Programa Paciente Segurança Nacional elevou Pela foi Mundial Organização de Saúde (OMS) e desenvolvido por Conta duas taxas levantadas dois eventos adversos em decorrência dois Procedimentos Surgical e não implica hum uso de Procedimentos verificação lista de verificação, produzido a partir de um consenso fazer cirúrgicas Profissionais especialidades diferentes, as fases ABRANGE como pré, trans e pós-operatório.

Objetivo: conhecer para fazer Processo Prática de Implementação do protocolo de Cirurgia da Produção Segura a partir científicos nacionais e internacionais nos últimos cinco anos.

Métodos: revisão integrativa feita NAS bases dada: Literatura e da América Latina do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical análise da literatura e Retrieval System Online (MEDLINE) com OS seguintes Descritores "Lista de Verificação Operatórios "" Procedimentos Surgical "e" Segurança do paciente fazer ", Português e Inglês. Were selecionados dos Treze Artigos de Análise Onde were organizada Quanto Ao Publicação ânus, língua, tipo de pesquisa, você alcançados os objectivos e resultados.

Conclusões: deve-se como adequadas pensar em estratégias para cada Serviço de Saúde para implementar ou lista de verificação e também uma cultura em um

paciente Segurança não. Bons ou por resultados tenha Processo e importante aliado todas as lideranças, Nacionais e LOCAIS como, LOCAIS diretorias, gerentes e equipar líderes e departamentos.

Palavras-chave: lista de checagem; Procedimentos Operatórios Surgical; Segurança do paciente fazer.

RESUMEN

Introducción: la "cirugía segura salva vidas", incluido en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente fue establecido por la Organización Mundial de la Salud y se desarrolló debido a las altas tasas de eventos adversos como resultado de procedimientos quirúrgicos, y conlleva además la utilización de una lista de comprobación de los procedimientos de verificación, creado a partir del consenso de los profesionales de diferentes especialidades quirúrgicas, cubriendo las etapas antes, durante y después de la cirugía.

Objetivo: practicar el proceso de implementación del protocolo de cirugía segura de la producción científica nacional e internacional en los últimos cinco años.

Métodos: revisión integradora contenida en las bases: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Base de Datos de Enfermería (BDENF) y análisis de la literatura médica y recuperación del sistema en línea (MEDLINE) con las siguientes palabras clave "Lista de verificación" "procedimientos operativos quirúrgicos" y "la seguridad del paciente", en portugués y en Inglés. Se seleccionaron trece artículos para el análisis que se organizó como el año de publicación, idioma, tipo de investigación, objetivos y logros.

Conclusiones: se debe pensar en las estrategias apropiadas para cada servicio de salud para aplicar la lista de verificación y también la cultura de seguridad del paciente. Para que el proceso tenga buenos resultados es importante combinar todos los líderes, nacionales y locales, las juntas locales, gerentes y jefes de equipo y departamentos.

Palabras clave: lista de comprobación; procedimientos quirúrgicos operativos; la seguridad del paciente.

ABSTRACT

Introduction: The "Safe Surgery Saves Lives" even do Program Patient National Security (PNSP) rose For was World Health Organization (WHO) and developed by Bill two charges raised two adverse events due to two Surgical Procedures and does not imply hum usage verification procedures checklist, produced from a consensus to surgical Professionals different specialties, the ABRANGE stages as before, during and after surgery.

Objective: Learn to Process Implementation Practice of Safe Production Surgery protocol from national and international scientific past five years.

Methods: I integrative literature review undertaken NAS given bases: Literature and the Caribbean Latin America Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF) and Medical literature analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) with following OS Descriptors " Checklist Operative "" Surgical procedures "and" patient safety do ", Portuguese and English. Were selected the Thirteen Articles Analysis Where Were organized As At Publication anus, language, type of research, you achieved the objectives and results.

Conclusions: Must be adequate to think about strategies for each Health Service to implement or checklist and also a culture in a non-security patient. Good or for results has Process and important ally all leaders, national and LOCAL as LOCAL directors, managers and equip leaders and departments.

Keywords: Checklist; operative surgical procedures; patient safety do.

INTRODUÇÃO

Na última década, mundialmente, discute-se sobre a qualidade da assistência à saúde e a segurança do paciente e todos os aspectos que envolvem esta questão. Novas perspectivas sobre esta temática ressaltam que a segurança do paciente ultrapassa os aspectos relacionados ao paciente e envolve também a segurança dos profissionais de saúde e da instituição.

Define-se segurança do paciente como a prevenção de erros e efeitos adversos aos pacientes associados aos cuidados de saúde.¹ Evitar a ocorrência de eventos adversos, observar a incidência deles e intervir para minimizar as consequências, são algumas das formas de proporcionar segurança ao paciente.²

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP),³ no ano de 2013, para prevenção de danos nas diversas áreas da assistência à saúde. Em especial, o "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), incluído no PNSP, foi elaborado por conta dos elevados índices dos eventos adversos em decorrência dos procedimentos cirúrgicos e implica no uso de um checklist de verificação de procedimentos, criado a partir do consenso de profissionais de diferentes especialidades cirúrgicas, que abrange as fases pré, trans e pós-operatória.⁴

O checklist pode ser empregado em qualquer hospital, independente do seu porte e condição financeira,⁵ devendo ser adaptada de acordo com a realidade do hospital e utilizada por todos os profissionais da saúde envolvidos no período perioperatório, contudo deve ser conduzido por uma única pessoa.

Ao implementar este protocolo³ evita-se os eventos adversos, que são complicações, incidentes que resultam em danos ao paciente. Aproximadamente sete milhões de pessoas que passam por cirurgia no mundo sofrem alguma complicação, e por volta de um milhão de pessoas vai a óbito durante ou após a cirurgia. Dentre os eventos adversos ocorridos, metade deles poderiam ser evitados.²

Atualmente o evento adverso de maior incidência, é a cirurgia em local errado em determinadas especialidades, principalmente na área da ortopedia.⁶ O evento adverso também pode ocorrer pela falha na identificação do paciente, se referindo a este pelo número do leito, ou ainda em situações onde há pacientes com o mesmo nome.

Embora o uso do checklist ainda não seja obrigatório, a OMS estimula o uso, já que ela reduz em 37 % as complicações perioperatórias e 42 % o risco de mortalidade em decorrência de complicação cirúrgica,² o que quer dizer 420 mil mortes a menos por ano no mundo.

Diante destes benefícios, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam o protocolo de Cirurgia Segura, o implementem e vivenciem a construção de uma cultura de segurança visando uma melhor comunicação entre a própria equipe e paciente e assim, evitem eventos adversos. Pensando nisso, devem dispor de estratégias para implementar essa nova tecnologia para o cuidado seguro.

Cabe destacar que um caminho a seguir antes de implementar este protocolo pode ser conhecer como os serviços de saúde têm enfrentado esta situação. Uma forma de obter tais informações é recorrer a produção científica, que nesta temática, tem crescido anualmente.

Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi conhecer a prática do processo de implementação do protocolo de Cirurgia Segura a partir da produção científica nacional e internacional nos últimos cinco anos.

MÉTODOS

O método escolhido para a realização da pesquisa foi a revisão integrativa. Trata-se de um método que permite a reunião de estudos teóricos e empíricos, possibilitando uma visão ampla sobre a temática. O estudo foi baseado nas seis etapas da revisão integrativa,⁷ as quais serão descritas a seguir:

Neste artigo, para a primeira etapa foi realizado a identificação do tema e a formulação da seguinte pergunta norteadora: Como ocorre o processo de implementação do Protocolo de Cirurgia Segura nas instituições hospitalares?

Na segunda etapa os critérios de inclusão e a amostragem da busca na literatura foram estabelecidos, sendo estes: fazer referência ao processo de implantação do protocolo, estarem disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, compreendendo o intervalo de 2010 a 2014. As buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), no período de julho de 2014 a janeiro de 2015, nas bases de dados: Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

DESARROLLO

Ao utilizar os seguintes descritores "*checklist*", "*procedimentos cirúrgicos operatórios*" e "*segurança do paciente*", e o operador booleano "and" foram encontrados 84 artigos como mostra o tabela 1 a seguir:

O descritor "*Enfermagem*" não foi utilizado, pois a temática da pesquisa não pertence a área específica da enfermagem. Foram selecionados portanto 13 artigos para análise, os demais foram excluídos por não atenderem aos critérios indicados anteriormente.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados pela base de dados onde foram encontrados. Rio de Janeiro, 2014

Base de Dados	Nº	%
MEDLINE	80	95,23
BDENF	3	3,57
LILACS	1	1,2

Na terceira etapa, os dados coletados foram organizados de duas formas: uma tabela e um quadro. A tabela trata das variáveis: ano de publicação, idioma e tipo de pesquisa. O quadro trata revista, país de origem da publicação, título, objetivos e resultados.

Durante a quarta etapa os dados foram analisados quanto as estratégias utilizadas para implementação do protocolo de Cirurgia Segura, bem como os resultados positivos e negativos enfrentados pelos serviços de saúde. Posteriormente, os dados foram categorizados por similaridade dos temas que emergiram e assim foram apresentados.

Na quinta etapa realizou-se a discussão dos resultados através de uma avaliação crítica dos artigos, apontando também as lacunas para futuros estudos. E por fim, na sexta etapa, foi elaborado um resumo dos principais resultados evidenciados na pesquisa.

Para facilitar a busca dessa amostragem foi utilizado na construção a estratégia de PICO (P=paciente e/ou; I= intervenção C= comparação e O= resultado e/ou desfecho), sendo possível a utilização somente de PIO, pois o estudo não pretendia realizar comparação. Nesta pesquisa P= *Procedimentos cirúrgicos operatórios*; I= *Checklist*; O= *Segurança do paciente*.

Os 13 artigos selecionados para análise encontram-se dispostos na tabela 2 e 3 a seguir:

TABELA 2. Estudos incluídos na pesquisa segundo ano, idioma, base de dados. Rio de Janeiro, 2014

BASE DE DADOS VARIÁVEIS	MEDLINE n %	BDENF n %	LILACS n %	TOTAL n %
Ano de Publicação				
2012	5 38,46	- -	- -	5 38,46
2013	4 30,76	1* 7,69	1* 7,69	5 38,46
2014	3 23,07	- -	- -	3 23,07
Idioma				
Inglês	11 84,61	1* 7,70	1* 7,70	12 92,30
Português	- -	1 7,70	1 7,70	1 7,70
Tipos de Pesquisa				
Observacional	4 30,76	- -	1 7,70	5 38,46
Qualitativa	3 23,07	1 7,70	1 7,70	4 30,77
Quantitativa	4 30,76	- -	- -	4 30,76

*Duplicação de artigos em bases distintas

Tabela 3. Distribuição dos artigos segundo revista, país de origem, título, objetivo e resultados.

Rio de Janeiro, 2014

Revista	País de origem	Título	Objetivo	Resultados
Cad. Saúde Pública	Brasil	Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas em 2 hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil	Avaliar a adesão ao checklist em cirurgias urológicas e ginecológicas de 2 hospitais de ensino em Natal- RN e identificar a associação de fatores organizacionais, demográficos e cirúrgicos com a sua utilização	Houve pouca adesão ao checklist, as ações educativas não foram suficientes para habilitar as equipes. Sugere-se a combinação de diferentes estratégias de implantação para uma maior adesão.
British Journal of Anaesthesia	Noruega	Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study	Estudar os efeitos do checklist sobre as percepções de segurança em um hospital universitário norueguês	O processo de implantação foi bem sucedido, porém não se percebeu uma grande mudança na percepção de segurança dos profissionais experientes, exigindo assim um tempo maior para se trabalhar este aspecto.
Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil	.Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola.	Aplicar o checklist nas especialidades cirúrgicas e verificar a opinião das equipes sobre a influência do checklist na segurança do processo cirúrgico e na comunicação interpessoal da equipe	Os sujeitos não perceberam mudanças na comunicação interpessoal com o uso do checklist, mas relataram que o uso proporcionou mais segurança ao procedimento. Adaptações ao checklist foram sugeridas.
N Engl J Med	Canada	Introduction of surgical safety checklist in Ontario, Canada	Avaliar o efeito da implementação do checklist em diversos hospitais em Otario.	A implementação foi imposta pelo Ministério da Saúde, porém, não foram observadas mudanças significativas segundo a análise dos dados. visto que

				o processo não foi padronizado, levando a uma adesão deficiente.
Neurosurg Focus	EUA	Surgical briefings, checklists, and the creation of checklists, and the creation of an environment of safety in the neurosurgical intraoperative magnetic resonance imaging suite.	Descrever a utilização do checklist nos procedimentos cirúrgicos com ressonância magnética na Clínica Cleveland implantado em 2010	O checklist foi implementado em 2010, e nos casos utilizados não foram observados eventos adversos. Houve maior adesão por parte dos profissionais que participaram de uma experiência piloto
J Am Coll Surg	EUA	Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist.	Avaliar a conclusão do checklist e o seu efeito após a implementação.	O uso do checklist associado ao treinamento da equipe e discussão de possíveis barreiras para adesão, produziu uma redução da morbidade. Cerca de 90 % dos itens do checklist foram concluídos.
Ir J Med Sci	Irlanda	The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety	Determinar se o checklist está sendo implementado nos hospitais da Irlanda, e identificar problemas associados à sua implementação e execução.	O checklist ainda não foi implementado em todos os departamentos, porém houve uma mudança positiva na cultura de segurança. No entanto, será preciso educação, trabalho em equipe e comunicação para otimizar os benefícios potenciais associados a este instrumento de segurança.
Clin Otolaryngol	Finlândia	First year with WHO Surgical Safety Checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and users attitude	Avaliar o uso e a opinião dos usuários do checklist após um ano da implementação no departamento de otorrinolaringologia	A implantação ocorreu após a participação da equipe em 3 palestras informativas. A lista foi considerada fácil de usar, porém foi observado utilização incorreta da lista o

				que leva a necessidade de auditorias constantes além do feedback da equipe. A equipe solicitou mais informações sobre o uso correto.
Int J Qual Health Care	Austrália	.How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals	Analisar as estratégias utilizadas pelos líderes do hospital para implantação do checklist de cirurgia segura.	Foram utilizadas estratégias como mobilizar a liderança, recompensar o cumprimento, treinamento de equipe, relatar progresso, realizar auditorias, adequar o protocolo à realidade do hospital e reunir a equipe periodicamente.
Ann Surg	Moldova	Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist, including introduction of pulse oximetry, in a resource-limited setting	Implementar o Checklist de Segurança Cirúrgica em cada sala de operação incluindo o oxímetro de pulso em cada sala cirúrgica.	As equipes foram treinadas para o uso do checklist e o processo de implementação gerou resultados gradativos, pois a adesão foi aumentando conforme a experiência, além de ser notável a diminuição de riscos de hipoxemia, complicações e principalmente mortalidade
Surgery	EUA	Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklis	Avaliar a adesão ao checklist mediante as intervenções realizadas no processo de implementação	O uso de múltiplas estratégias aumentou a adesão ao protocolo em dois anos. A abordagem integrada, oficina e exercícios feitos com a equipe e discussão sobre as barreiras de implementação foram algumas das estratégias utilizadas.
BMJ Qual Saf	Nova Zelândia	A prospective, observational study of	Comparar o cumprimento do	Os hospitais demonstraram

		the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist	checklist em um estudo piloto em dois hospitais que implementaram o protocolo	diferentes níveis de conformidade do checklist, visto que a diferença está na forma de implementação. Em um hospital, a presença de uma enfermeira na sala cirúrgica garantia a execução do checklist. No outro hospital ocorreram apenas seminários explicativos. Com base nestes resultados, o grupo está em processo de desenvolvimento de estratégias educacionais que poderiam ser adotados para a implantação do checklist em um novo local, ou para dar um novo impulso à sua utilização em locais estabelecidos quando o cumprimento é pobre.
Surg Infect	Tailândia	Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand	Avaliar a adesão à lista de verificação da OMS em um hospital universitário Tailandês	O estudo sugere que o checklist poderia ser implementado com sucesso em um país com poucos recursos, como a Tailândia. Conscientizar, proporcionar conhecimentos e ferramentas educacionais, proporcionar feedback, e materiais de apoio podem aumentar a adesão ao checklist.

Os resultados foram organizados segundo as temáticas que emergiram durante a análise, sendo elas: os tipos de implementação do checklist de Cirurgia Segura (SSC); as estratégias de adesão utilizadas pelas instituições na implementação do SSC e os aspectos dificultadores para implementar o SSC.

1. Os tipos de implementação do checklist de Cirurgia Segura (SSC)

Quanto a forma de implementação do SSC nas instituições hospitalares, constatou-se que ela pode ocorrer de maneira negociada, voluntária e instituída, gerando diferentes resultados, de baixa e de alta adesão.

As instituições que apresentaram baixa adesão a implementação da SSC foram as que a negociaram. Houve a princípio, envolvimento da direção do hospital e diversos profissionais como enfermeiros, cirurgiões e residentes, entretanto, não havia a obrigatoriedade do uso, mas apenas a recomendação.^{8,9} Desta forma, pressupõe-se que apesar da participação dos profissionais, a obrigatoriedade do uso da nova tecnologia é um aspecto que pode relacionar-se com a alta adesão.

Na implementação onde o uso do SSC foi instituído obrigatoriamente ou de forma voluntária houve alta adesão à implantação do SSC. Em Ontario, o Ministério da Saúde instituiu que os hospitais implementassem o checklist e obviamente a adesão foi alta e resultou na redução do índice de mortalidade. Entretanto, deve-se destacar que este resultado pode ter ocorrido por causa do efeito "Hawthorne", que se refere a um comportamento apresentado pelas pessoas por saberem que estão sendo observadas e isto poderia justificar a alta adesão nos hospitais.¹⁰

Outra experiência da implementação instituída foram dos hospitais públicos na Austrália. O Ministério da Saúde instituiu obrigatoriamente o uso do SSC, porém nestes hospitais utilizou-se um fluxo de eventos estratégicos para a implementação, com seleção de líderes e treinamento, que geraram uma adesão progressiva e alta.¹¹

A experiência da implementação voluntária também trouxe resultados satisfatórios quanto a adesão na utilização SSC. Em Cleveland, quando identificaram que a exposição prolongada dos pacientes a um campo magnético durante as cirurgias que utilizavam a ressonância magnética poderia causar eventos adversos graves, os profissionais voluntariamente adotaram o checklist de cirurgia segura como forma do cuidado seguro. O checklist foi adaptado à realidade local com o acréscimo de fatores relacionados a ressonância magnética a serem verificados.¹²

Em Moldova, a necessidade era reduzir as complicações pós-operatórias envolvendo hipoxemia, o que levou a adoção voluntária do SSC. A redução de riscos de hipoxemia aconteceu e a adesão ao checklist aumentou conforme a experiência.¹³

Notamos que apenas a implementação da nova tecnologia para cirurgia segura não se garante bons resultados e uma boa adesão. Todavia quando aliada a estratégia adequada, pode gerar resultados positivos no decorrer do tempo, como aumento de adesão e qualidade na execução. Pode-se sugerir que se recrute pessoas influentes no processo de assistir nos serviços de saúde, para que se envolvam na equipe de implementação do SSC e na elaboração de estratégias eficientes. É importante que se defina claramente os objetivos que se deseja alcançar para obter um bom desempenho e uma alta adesão da implementação do SSC.⁸

Outro destaque importante no que se refere ao tipo de implementação é considerar a realidade e o diagnóstico situacional de cada hospital, bem como o envolvimento

das pessoas certas para a construção das estratégias de implementação. Por isso, a educação permanente tem papel fundamental nas mudanças dos processos de trabalho, pois ela promove a responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, com o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, ligados ao contexto das práticas.¹⁴

2. As estratégias de adesão utilizadas pelas instituições na implementação do SSC

Para implementar uma nova tecnologia, seja qual for, em qualquer instituição, é preciso dispor de estratégias. Essas estratégias estão a serviço da educação permanente cujo objetivo é "[...] produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais.¹⁴ Isso representa um importante desafio, pois é preciso lidar com pessoas, culturas e hábitos diferentes para alcançar o objetivo esperado ao final.

Quanto as estratégias identificadas na análise dos artigos, podemos classificá-las em: estratégias de implementação do SSC; estratégias de gestão e de avaliação de implementação do SSC.

No que se refere as estratégias de implementação, as referidas nos artigos são: reuniões de apresentação do instrumento; palestras; cartazes fixados no local sobre o SSC, vídeos sobre como executar e não executar o checklist; informações via e-mail; material explicativo da OMS; sessões de treinamento e simulação; discussões de casos e sobre possíveis barreiras e adaptação do checklist para a realidade local.

É importante que o treinamento seja obrigatório para todos, a fim de que todos os profissionais possam ser incorporados na construção de uma nova cultura.¹⁵

Sugere-se que antes da implementação, se realize discussões entre os profissionais de saúde que apoiam e os que se recusam a aderir ao protocolo de Cirurgia Segura, a fim de que o responsável pela implementação possa se preparar e adequar o projeto perante os questionamentos da equipe. Além disso, deve-se visitar uma instituição que utiliza o protocolo com bons resultados, pois facilita o entendimento no contato inicial com o SSC.¹⁶

Estas são estratégias que objetivam apresentar o conceito de segurança e de cirurgia segura, a função do checklist como instrumento de segurança, sua execução e que facilitam a compreensão de quão importante é aderir a uma tecnologia que promova a segurança ao paciente.

Durante a implementação do SSC, uma estratégia que pode ser utilizada é a designação de uma pessoa para permanecer nas salas cirúrgicas a fim de observar e garantir a execução do checklist, o que tem dado bons resultados,¹⁷ pois influencia positivamente na adesão.

No que tange a gerência da instituição, é preciso que a mesma estabeleça líderes de equipe que assegurem a execução do SSC e que possam envolver outras pessoas resistentes a mudanças, estimulando uma aprendizagem reflexiva e baseada em evidências.^{12,18}

Para avaliação da implementação do SSC, verificamos a criação de um sistema anônimo para que qualquer profissional possa relatar o que ele julgue ser um

problema na implementação do SSC. Desta forma, permitirá identificar os erros e também os profissionais que estão aderindo a mudança mais lentamente. A partir disso, deve-se estabelecer intervenções de enfrentamento destas situações.¹⁹

Em casos onde a equipe sofre influência do efeito "Hawthorne" , citado anteriormente, sugere-se que se faça auditorias sem aviso prévio, para que a avaliação de resultados seja mais confiável uma vez que este fenômeno pode influenciar na avaliação dos resultados alcançados.¹⁶

Outra estratégia muito utilizada para a avaliação, são os feedbacks, onde as opiniões e impressões da equipe sobre o processo de implementação são discutidas. Além disso, a divulgação constante das melhorias alcançadas a partir da implementação do SCC, também é um meio para avaliar os resultados.^{12,18}

A avaliação das estratégias de implementação, de gestão e dos resultados alcançados após o uso do SSC é fundamental, pois pode-se identificar quais estratégias utilizadas estão de fato promovendo a segurança do paciente ao evitar os eventos adversos e se a cultura de ambiente seguro está sendo construída dentro do serviço de saúde. Além disso, servirá de informações para outros parâmetros importantes nos serviços, como por exemplo para o índice de infecção relacionado à assistência à saúde.

A mudança de mentalidade dos profissionais quanto a uma nova cultura de segurança ocorre a longo prazo,^{15,19} o que nos leva a concluir que é preciso de tempo para obter e avaliar os resultados. O fato de não haver uma promoção de uma cultura de segurança influencia nessa mudança de mentalidade.⁹ Ou seja, se a instituição não promove um ambiente de trabalho baseado numa cultura de segurança capaz de influenciar as atitudes dos seus profissionais, não se pode esperar uma súbita mudança.

3. Os aspectos dificultadores do processo de implementação do SSC

Em relação a este aspecto, pode-se verificar que houve algumas barreiras ou situações que fizeram com que a implementação do SSC acontecesse de forma mais dificultada, como a resistência dos cirurgiões; o tempo e local de formação acadêmica; o profissional que coordenará a utilização do SSC; descontinuidade da utilização do SSC; habilidade no preenchimento do SSC e problemas de comunicação entre a equipe.

Sobre a resistência dos cirurgiões, alguns deles alegam que o checklist é uma burocracia já que para eles as cirurgias erradas são eventos raros e, então, julgam ser desnecessário a utilização desta tecnologia. Outra situação é a pequena participação dos cirurgiões e anestesistas nos treinamentos, e ainda a não utilização do SSC em cirurgias simples por não acreditarem ser adequado.^{17,20}

O tempo de formação profissional também pode ser considerado uma situação dificultadora, pois percebeu-se que os cirurgiões recém-formados demonstram mais disponibilidade em aderir a uma nova prática, enquanto que cirurgiões mais experientes encontram dificuldade em aceitar algo novo e diferente da sua rotina.¹¹

Os hospitais universitários, também representam uma dificuldade no processo de adesão no que tange a rotatividade de residentes na equipe cirúrgica, pois é preciso de tempo para consolidar uma nova rotina na equipe.²¹

No que se refere à coordenação do checklist pode ser feita por qualquer profissional, porém, poucos cirurgiões se colocam como coordenadores do checklist, o que talvez nos mostre uma dificuldade na compreensão dos profissionais médicos sobre a ferramenta.¹⁵ Quando as enfermeiras coordenavam a execução do checklist o processo acontecia corretamente, sem omissão de itens e quando coordenado pelos cirurgiões, o processo acontecia variavelmente e com desempenho aquém do esperado, pois o checklist não era preenchido corretamente.²⁰

Uma outra questão a ser considerada são os conflitos causados pela autoridade que a coordenação do checklist promove. "...o profissional que coordena a execução do checklist deve ter plena autoridade sobre o processo cirúrgico estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, se julgar insatisfatório algum dos itens".²¹

Em muitas instituições, as enfermeiras são as responsáveis pela execução do checklist e portanto, têm autoridade sobre o decorrer do procedimento. Verifica-se que a resistência da equipe médica em aderir ao SSC também é resultado desse conflito de autoridade, pois para eles, a autonomia é como o guia profissional, um princípio oposto à disciplina de seguir procedimentos e interagir com os outros,²² ou seja, neste processo eles não tem autonomia na sala cirúrgica.

Outra dificuldade relatada é a descontinuidade da utilização do instrumento poucos meses após a implementação, sendo preciso uma nova intervenção das enfermeiras para lembrar a equipe da devida importância.²³ Para que isto não aconteça, é necessário fazer com que haja um entendimento de que a implementação do checklist é um processo contínuo e que requer melhorias constantes.¹⁶ É importante que a equipe compreenda que o checklist não é uma tarefa administrativa, mas sim, parte do cuidado, onde a responsabilidade é coletiva para que a segurança do paciente seja promovida.^{15,17}

Existem também as dificuldades na habilitação da equipe no preenchimento do instrumento, que levam à falhas na execução do checklist, como por exemplo, o preenchimento apenas de itens que se relacionam diretamente com risco de morte.^{18,19}

Isto se justifica pelo fato de que muitos profissionais encaram alguns itens como redundantes, como por exemplo se apresentar antes do início da cirurgia, já que se pressupõe que os profissionais da equipe são conhecidos uns dos outros.¹⁷

Deve-se destacar também as questões culturais, que influenciam na adesão e execução do checklist. Na Tailândia, a demarcação do sítio cirúrgico não é feita porque de acordo com a cultura tailandesa não se pode marcar as pessoas, sobretudo na cabeça.¹⁸

Os problemas na comunicação entre a equipe foi evidenciada nos estudos. Para que se execute o protocolo é necessário que haja uma comunicação entre os profissionais de forma igualitária, mas o que se vê é que as práticas na sala de cirurgia estão pautadas numa hierarquia.²⁴

A equipe precisa estar confortável para alertar riscos potenciais sem medo de censura. Quando relações hierárquicas impedem que algum profissional compartilhe preocupações com a equipe, a segurança do paciente fica comprometida.²²

CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa permitiu compreender como se deu o processo de implementação do protocolo Cirurgia Segura, da OMS, em diversas instituições hospitalares numa diversidade de cenários. Além disso a pesquisa contribui para o conhecimento da Enfermagem, visto que os enfermeiros e enfermeiras estão sempre envolvidos no processo de implementação.

Verificou-se que ao instituir a introdução de uma nova tecnologia, temos um alto índice de aderência, contudo sem garantia de qualidade. E quando essa inserção vem de forma voluntária e negociada, a qualidade é priorizada e a adesão é uma consequência da experiência, o que nos leva a considerar que o bom resultado é obtido a longo prazo.

Obviamente, é interessante aliar todas as lideranças, nacionais e locais, para assegurar a competência, como o Ministério da Saúde, diretorias locais, gestores e líderes de equipe e departamentos. Fazer um diagnóstico situacional do hospital, levantar as principais necessidades e especificidades, também é de suma importância para elaborar as estratégias de implementação e adequação do instrumento ao local.

Ficou evidente, que uma única estratégia para implementação de uma mudança não é suficiente, visto que cada integrante de uma equipe tem uma compreensão diferente sobre segurança do paciente e uma postura frente a propostas de mudanças nos processos de trabalho.

Por isso, reunir profissionais de todas as categorias, especialmente aqueles que exercem influência positiva no grupo, para se discutir esse processo de mudança, esclarecendo o objetivo, o que se quer alcançar com ela e quais estratégias que o grupo pensa ser interessante utilizar, podem minimizar as barreiras de resistência. Quando o profissional sabe o que está fazendo e o porque está fazendo, ele o faz consciente e com qualidade.

A divulgação dos resultados e melhorias, a auditoria e o feedback das equipes sobre o checklist de Cirurgia Segura, são extremamente relevantes. Isso faz com que o profissional se sinta parte dessa mudança, e também o faz compreender claramente o seu papel e a sua importância para o alcance do objetivo maior, que é a segurança do paciente.

Portanto, o sucesso do protocolo de Cirurgia Segura é precedido pela interação e a boa comunicação entre a equipe, visto que este desconstrói uma hierarquização instalada e constrói um ambiente de aprendizado interativo em prol do cuidado e da segurança. Contudo, o checklist somente propõe a adesão a um processo de cuidado seguro através do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Patient Safety. Copenhagen: WHO; 2015 [citado 15 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília (DF): ANVISA; 2013 [citado 10 Dic 2014]. Disponible en:
http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 10 Mar 2014]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: OPAS/MS/ANVISA; 2009 [citado 5 Ene 2014]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_mannual.pdf
5. Ferraz EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. Rev. Col. Bras. Cir. 2009 [citado 02 Mar 2015]; 36(4):281-2. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36_n4.pdf
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo para cirurgia segura. Brasília (DF): ANVISA; 2013 [citado 20 Nov 2014]. Disponible en: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cirurgias-seguras>
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto context-enferm. 2008 [citado 02 May 2015]; 17(4):758-64. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
8. Hannam JA, Glass L, Kwon J, Windsor JA, Stapelberg F, Callaghan K. A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. BMI. Qual Saf. 2013 [citado 03 Ago 2015]; 22(11):1-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/248384747_A_prospective_observational_study_of_the_effects_of_implementation_strategy_on_compliance_with_a_surgical_safety_checklist
9. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. 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. Cad. Saúde Pública. 2014 [citado 02 May 2015]; 30(1):137-48. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>
10. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of Surgical Safety Checklist in Ontario, Canada. N Engl J Med. 2014 [citado 02 Mayo 2015]; 370:1029-38. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1308261>
11. Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. Int J Qual Health Care. 2012 [citado 02 May 2015]; 24(1):88-94. Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/24/1/88.long>

12. Rahmathulla G, Recinos PF, Traul DE, Avitsian R, Yunak M, Harper NT, et al. Surgical briefings, checklists, and the creation of an environment of safety in the neurosurgical intraoperative magnetic resonance imaging suite. *Neurosurg Focus*. 2012 [citado 02 May 2015]; 33(5): 1-10. Disponible en: http://thejns.org/doi/abs/10.3171/2012.9.FOCUS12260?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&
13. Kwok AC, Funk LM, Baltaga R, Lipsitz SR, Merry AF, Dziekan G, et al. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist, including introduction of pulse oximetry, in a resource-limited setting. *Ann Surg*. 2013 [citado 02 Nov 2015]; 257(4): 633-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23207242>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 15 Mar 2015]: [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
15. Nugent E, Hseino H, Ryan K, Traynor O, Neary P, Keane FB. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. *Ir J Med Sci*. 2013 [citado 02 Nov 2015]; 182(2): 171-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22968898>
16. Sendlhofer G, Mosbacher N, Karina L, Kober B, Jantscher L, Berghold A, et al. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Interventions to Optimize the Process and Hints to Increase Compliance. *PLoS ONE*. 2015 [citado 02 Nov 2015]; 10(4): 1-14. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/doi/10.1371/journal.pone.0116926&representation=PDF>
17. Bliss LA, Ross-Richardson CB, Sanzari LJ, Shapiro DS, Lukianoff AE, Bernstein BA, et al. Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist. *J Am Coll Surg*. 2012 [citado 02 Nov 2015]; 215(6): 766-76. Disponible en: <http://www.journalacs.org/article/S1072-7515%2812%2900965-9/abstract>
18. Kasatpibal N, Senaratana W, Chitreecheur J, Chotirosniramit N, Pakvipas P, Junthasopeepun P. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surg Infect (Larchmt)*. 2012 [citado 02 Nov 2015]; 13(1): 50-6. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/sur.2011.043>
19. Haugen AS, Søfteland E, Eide GE, Sevdalis N, Vincent CA, Nortvedt MW, et al. Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. *Br J Anaesth*. 2013 [citado 02 Nov 2015]; 110(5): 807-15. Disponible en: <http://bjaoxfordjournals.org/content/110/5/807.long>
20. Putnam LR, Levy SM, Sajid M, Dubuisson DA, Rogers NB, Kao LS, et al. Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist. *Surgery*. 2014 [citado 02 Nov 2015]; 156(2): 336-44. Disponible en: <http://www.surgjournal.com/article/S0039-6060%2814%2900126-3/abstract>
21. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev*

Gaúcha Enferm. 2013 [citado 02 Nov 2015];34(1): 71-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/09.pdf>

22. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

23. Helmiö P, Takala A, Aaltonen LM, Pauniahho SL, Ikonen TS, Blomgren K. First year with WHO Surgical Safety Checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and users attitudes. Clin Otolaryngol. 2012 Ago 28 [citado 02 Nov 2015];37(4): 305-8. Disponible en: <http://onlineelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17494486.2012.02486.x/abstract;jsessionid=B8919C580A491C6685A34034C182ACBD.f04t03>

24. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Qual Saf. 2012 [citado 02 Nov 2015];21: 191-7. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/11/07/bmjqs-2011-000094.full.pdf+html>

Recibido: 2015-12-07.

Aprobado: 2016-02-23.

Thalita Gomes do Carmo. Mestre. Professora Assistente do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFRJ - Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira, do Núcleo Clínica Médica-Cirúrgica. Macaé, Brasil. Telefone: +55 (21) 98125-0086. Dirección electrónica: thalitado@gmail.com