

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Maria Luiza Jordão Schmeling

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA,
POTENCIALIZADORES E LIMITADORES ENFRENTADOS
PELAS EQUIPES DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Palmeira das Missões, RS
2021

Maria Luiza Jordão Schmeling

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA,
POTENCIALIZADORES E LIMITADORES ENFRENTADOS PELAS
EQUIPES DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões como Requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Andressa de Andrade

Palmeira das Missões, RS

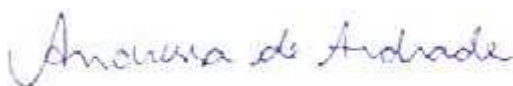
2021

Maria Luiza Jordão Schmeling

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA,
POTENCIALIZADORES E LIMITADORES ENFRENTADOS PELAS EQUIPES
DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Campus Palmeira das Missões como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Enfermagem**.

Aprovado em 05 de fevereiro de 2021:



Andressa Andrade, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Alexa Pupiará Flores Coelho, Dra. (UFSM)



Gianfábio Pimentel Franco, Dr. (UFSM)

Fernanda Sarturi, Dra. (UFSM)

Palmeira das Missões, RS,
2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse e por me conceder forças nos momentos mais difíceis.

À minha mãe, Marli Soares Jordão, meu maior exemplo de persistência, por não medir esforços para que este sonho se concretizasse, por todo o apoio, dedicação e amor durante toda a minha vida.

Aos irmãos, Susana e Edelvan, avó materna Maria, e tio Dilceu, pelo incentivo ao longo desses anos e por serem meu refúgio.

À Prof^a Andressa de Andrade, pela dedicação, paciência e empenho durante a orientação deste trabalho.

À Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, por fornecer um ensino superior de qualidade, assim como a todos os professores que contribuíram para a meu crescimento pessoal e profissional ao longo desses cinco anos.

Aos amigos que fiz durante esta jornada, por todo o companheirismo e por proporcionarem leveza à graduação, em especial Francieli e Thanise, assim como aos amigos que se fizeram presentes mesmo com a distância física, em especial Carolina. Ao meu namorado, Alisson, pela compreensão, apoio e incentivo, durante a realização deste trabalho.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste trabalho, minha gratidão!

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA E OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

SURGICAL SAFETY CHECKLIST AND THE CHALLENGES FACED BY HEALTH TEAMS: INTEGRATIVE REVIEW

AUTORA: Maria Luiza Jordão Schmeling

ORIENTADORA: Andressa de Andrade

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os desafios encontrados pelas equipes de saúde na utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que utilizou como bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (Medline) via portal PubMed. O recorte temporal compreendeu estudos publicados entre 2014 e 2020. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A amostra da revisão integrativa foi composta por 13 artigos. Quanto ao ano de publicação, 2017 apresentou o maior índice (31%); em relação à origem dos estudos, identificou-se a prevalência de estudos desenvolvidos no Reino Unido (38%). Após análise das evidências, foi possível identificar dois eixos temáticos: Aspectos que Favorecem a Utilização Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica pelas Equipes de Saúde e Barreiras na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. **CONCLUSÕES:** Identificou-se que a introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica na assistência potencializa a cultura de segurança do paciente em âmbito cirúrgico, porém evidencia-se a necessidade do empenho das instituições na promoção de condições favoráveis ao desenvolvimento de práticas seguras e da equipe multiprofissional no comprometimento durante atividades relacionadas à segurança do paciente, visando garantir a qualidade assistencial.

Palavras-chave: Lista de Checagem; Segurança do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Perioperatória; Enfermagem Perioperatória.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the potentializers and limiters found by health teams when using the surgical safety checklist. **METHOD:** This is an integrative literature review, which uses Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and National Library of Medicine (Medline) as databases via the portal PubMed. The time frame comprised studies published between 2014 and 2020. **RESULTS AND DISCUSSION:** The sample of the integrative review consisted of 13 articles. As for the year of publication, 2017 presented the highest index (31%); in relation to the origin of the studies, the prevalence of studies developed in the United Kingdom (38%) was identified. After analyzing the evidence, it was possible to identify two thematic axes: Aspects that Favor the Use of the Surgical Safety Checklist by Health Teams and Barriers in the use of the Surgical Safety Checklist. **CONCLUSIONS:** It was found that the introduction of the surgical safety checklist in care enhances the culture of patient safety in the surgical procedure, but the need for institutions to promote favorable conditions for the development of safe practices is evident. , and the multidisciplinary team not compromised during activities related to patient safety, qualified to quality care.

Keywords: Checklist; Patient Safety; Patient Care Team; Perioperative Care; Perioperative Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico consiste em um espaço essencial para a efetivação da assistência cirúrgica terapêutica. Neste ambiente, a complexidade assistencial exigida em cada procedimento, aliada ao aparato de recursos humanos e tecnológicos, pode resultar na maior ocorrência de potenciais erros ou eventos adversos (EA) (BRASIL, 2017). Estudo realizado a partir das notificações de EA relacionados à assistência em saúde, no período de 2014 e 2016, evidenciou que 10,1% dos eventos ocorreram no âmbito do centro cirúrgico, destacando que 23 casos aconteceram durante a realização do procedimento (MAIA, et al., 2018).

Do ponto de vista histórico e, no contexto destas inquietações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, objetivando o aprimoramento da qualidade assistencial e a redução da incidência de EA (BRASIL, 2017). A principal estratégia desenvolvida por este programa foi o lançamento de Desafios Globais e, por meio destes, a criação de protocolos que possibilitam a implantação de uma assistência mais segura. Nesse aspecto, cabe destacar o segundo desafio global divulgado em 2008, que culminou com o lançamento do manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, documento que veicula informações acerca de padrões de segurança cirúrgica (OMS, 2009).

No Brasil, a obrigatoriedade das ações para a promoção da segurança do paciente foi estabelecida por meio da Portaria nº 529/2013, instituída pelo Ministério da Saúde e que trata do Programa Nacional de Segurança do Paciente e pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ambas as legislações ratificam as condutas direcionadas a segurança cirúrgica e reforçam o emprego da LVCS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Ademais, visando à simplificação e maior adesão ao processo de execução das medidas de segurança pelas equipes de saúde, a OMS reuniu as principais informações contidas nesse manual e desenvolveu a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), também denominada de *checklist*, instrumento composto por 19 itens que representam pontos críticos de segurança, essenciais na assistência cirúrgica (BRASIL, 2017).

A aplicabilidade da lista ocorre em três tempos: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão cirúrgica (*time out*) e antes da saída do paciente da sala de operação (*sign out*). A primeira etapa se destina basicamente a identificação do paciente, do procedimento a ser realizado e de possíveis alergias. Na segunda fase, a equipe se apresenta verbalmente por nome e função e, em seguida, procede, novamente, à identificação do paciente; neste momento também ocorre a exposição do planejamento da cirurgia pelo cirurgião, bem como a verificação dos equipamentos e materiais necessários, pela equipe de enfermagem. Na última etapa, antes

de o paciente deixar o centro cirúrgico, realiza-se o registro do procedimento e a contagem de instrumentos e materiais utilizados ao longo do mesmo. Em todas as etapas há a necessidade de participação da equipe multiprofissional envolvida no procedimento (BRASIL, 2017).

É válido salientar que as instituições de saúde possuem o aval da OMS para a realização de adaptações no instrumento, a fim de torná-lo adequado à realidade da assistência ofertada e, conseqüentemente, potencializar a sua aplicabilidade. Salienta-se a importância do envolvimento da equipe de saúde na elaboração dos ajustes, uma vez que a participação ativa nesse processo ocasiona maior pertencimento, o que contribui para a adesão dos profissionais à lista. Do mesmo modo, o envolvimento dos profissionais, de maneira multidisciplinar no processo de adaptação do *checklist*, fortalece o trabalho em equipe, aspecto que possibilita a construção do fluxo de serviço de maneira compartilhada e oportuniza a cada categoria profissional apresentar modificações de maneira crítica à sua área de atuação (SOLSKY, et al., 2020).

No contexto da equipe multiprofissional, a enfermagem destaca-se na construção da cultura da segurança do paciente, uma vez que o profissional enfermeiro possui papel primordial na construção do trabalho multiprofissional e na implantação de protocolos como o *checklist*, visto que integra a equipe encarregada de procedimentos assistenciais, sendo o responsável pela liderança e gestão da unidade cirúrgica (SALES, et al., 2018). Além disso, estudos que investigaram a adesão dos profissionais ao *checklist* evidenciaram maior participação e envolvimento multiprofissional quando capacitações e treinamentos são gerenciados por enfermeiros ou de maneira articulada com estes (WALI, 2020; WAEHLE, et al., 2020).

Outrossim, o gerenciamento da assistência por meio de protocolos permite a análise dos serviços prestados e, conseqüentemente, adaptação e planejamento de ações voltadas para a diminuição dos riscos relacionados aos cuidados em saúde. Nesse contexto, a enfermagem como liderança cirúrgica necessita utilizar de ferramentas como o *checklist*, a fim de potencializar a segurança do paciente perioperatório (OLIVEIRA et al., 2014).

Atualmente, apesar da ampla divulgação e incentivo no sentido da adesão ao protocolo, bem como do conhecimento científico compartilhado, a respeito dos benefícios da implementação para a segurança do paciente e para as equipes de saúde, a ferramenta ainda não é efetivamente utilizada em muitos serviços ou observa-se a utilização parcial da mesma. Ressalta-se que esta não adesão poderia estar correlacionada a falta de compreensão acerca da importância do protocolo por parte da equipe assistencial (ELIAS et al., 2015) e instituições de saúde.

Considerando os aspectos citados em tela, torna-se importante investigar a relevância da utilização da LVSC para a assistência perioperatória. Nesse âmbito, elaborou-se como pergunta de pesquisa: quais os desafios encontrados pelas equipes de saúde na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica? E como objetivo geral delimitou-se: analisar os desafios encontrados pelas equipes de saúde na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo utilizou o método de revisão integrativa de literatura, o qual visa apresentar e analisar o conhecimento científico elaborado sobre determinado assunto, identificando lacunas do conhecimento, por meio da síntese das produções científicas já existentes (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Afirma-se que as práticas avançadas em enfermagem colaboram para a garantia da segurança do paciente, uma vez que possibilitam assistência de qualidade por meio da aquisição de competência clínica para a tomada de decisão. Nesse sentido, a aplicabilidade da revisão integrativa torna-se essencial para análise das produções de enfermagem acerca da temática de segurança do paciente, em âmbito nacional e internacional (AMARAL; ARAÚJO, 2018).

Segundo a estruturação prevista para revisão integrativa de literatura, a pesquisa foi desenvolvida por meio de seis etapas.

Etapa 1: Estabelecimento do tema e definição da questão norteadora da revisão integrativa: identificou-se como tema os desafios encontrados pelas equipes de saúde na utilização da LVSC. Esta determinação possibilitou responder a seguinte pergunta de pesquisa: quais os desafios encontrados pelas equipes de saúde na utilização da LVSC?

Etapa 2: Definição dos critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura: foram utilizados artigos originais, na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, relacionados ao tema estabelecido. O recorte temporal utilizado compreendeu o período de 2014-2020 (últimos 7 anos), considerando o marco do lançamento da LVSC, bem como a legislação brasileira que trata da temática em questão. Os critérios de exclusão abrangeram estudos editoriais e/ou secundários.

No presente estudo, utilizou-se os seguintes descritores controlados: *checklist*, *patient care team* e *perioperative nursing* (do Medical Subject Headings - MeSH) e lista de checagem, equipe de assistência ao paciente e enfermagem perioperatória (dos Descritores em Ciências da Saúde - DECS), combinados com o operador booleano AND. Entre as bases de dados selecionadas estão Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS),

Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (Medline) via portal PubMed. A busca dos artigos nas bases de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2020.

Buscando minimizar disparidades de seleção e de interpretação dos resultados, duas pesquisadoras realizaram a busca dos estudos, bem como leitura e apreciação crítica dos artigos de forma independente.

Etapa 3: Delineamento das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Nesta etapa foi construído o banco de dados por meio da elaboração de uma planilha. A sumarização dos estudos aconteceu por meio da identificação do título, dos autores, ano de publicação, país de publicação, objetivos, métodos utilizados e principais evidências.

Etapa 4: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa: nesta etapa ocorreu a apreciação crítica dos estudos selecionados, classificando-os hierarquicamente quanto ao nível de evidência segundo a questão clínica (FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL, 2011).

Neste processo, empregou-se um modelo que classifica as evidências de estudos primários quanto às suas questões de pesquisa, apresentando quatro divisões de níveis de evidência distintas: tratamento/intervenção (quando a questão de pesquisa é direcionada a análise de uma intervenção clínica em saúde); diagnóstico (quando a questão de pesquisa é direcionada a verificação de determinado fenômeno ou exposição); prognóstico/etiologia (quando a questão de pesquisa busca compreender a etiologia ou a probabilidade de determinados resultados ocorrerem); e significado (quando a questão de pesquisa destina-se ao entendimento de experiências em torno da doença ou dos sentimentos envolvidos) (FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL, 2011).

Etapa 5: Interpretação dos resultados: nesta fase foi realizada a discussão acerca dos principais resultados obtidos, permitindo identificação de lacunas do conhecimento e conseqüentemente sugestões de pesquisas.

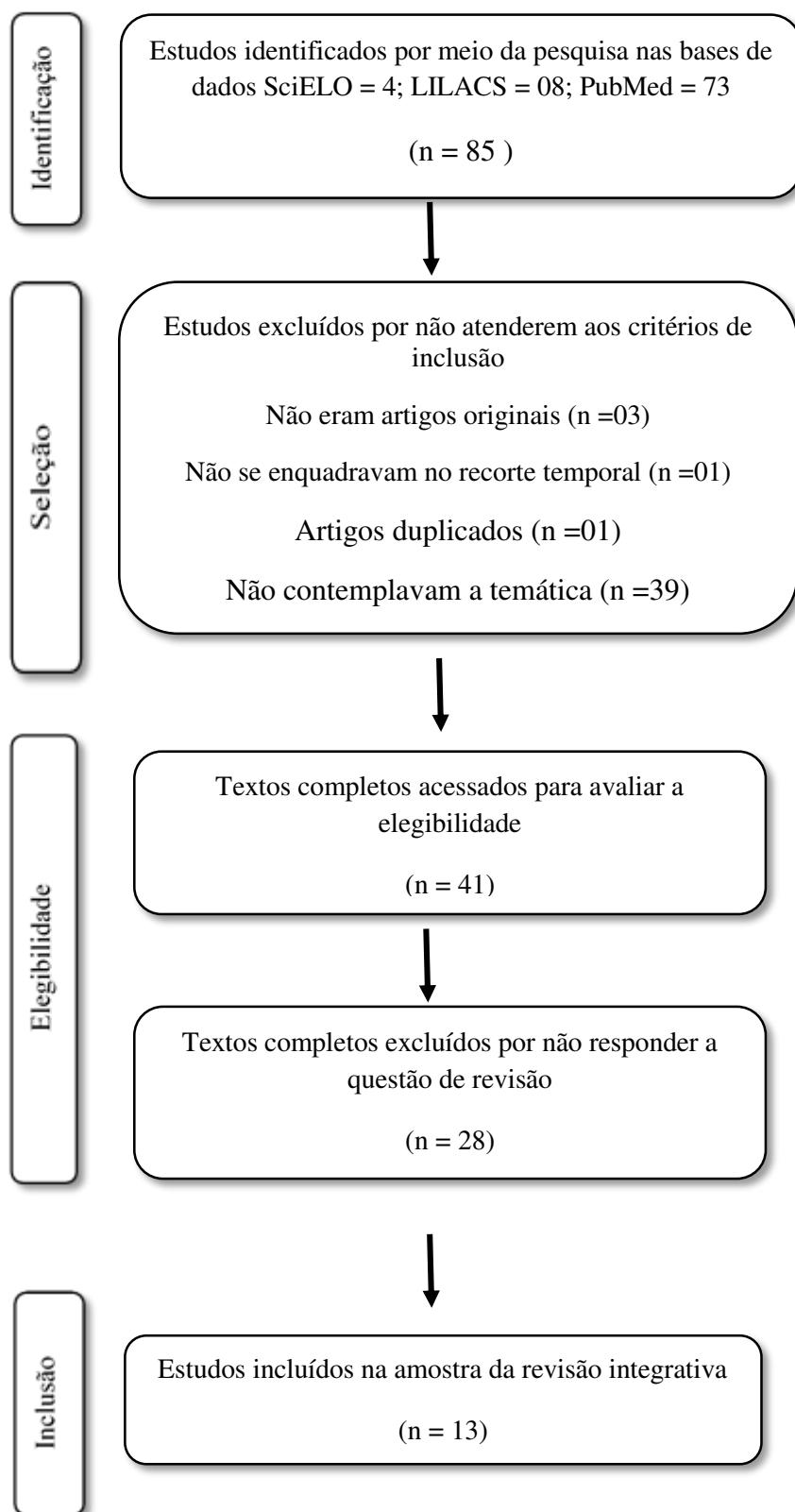
Etapa 6: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento: para a conclusão desta revisão integrativa, foi realizada a elaboração do resumo das evidências disponíveis com a produção dos resultados.

Assim sendo, a apresentação inicial dos resultados foi realizada de forma descritiva. Para a caracterização dos estudos, utilizou-se frequência absoluta (N) e relativa (%), com o intuito de viabilizar uma melhor análise dos achados. A apresentação das evidências da revisão integrativa ocorreu por meio da construção de eixos.

3 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou, inicialmente, na identificação de 85 artigos, distribuídos da seguinte forma: quatro produções vinculadas a SciELO, 73 a PubMed e oito vinculados a LILACS. Após a leitura do título e resumo de cada produção, bem como da aplicação dos critérios de inclusão, foram excluídos três artigos por não se tratarem de estudos primários, um artigo que não se enquadrava no recorte temporal, um artigo duplicado e 67 estudos que não contemplavam a temática do estudo. Dessa maneira, a amostra da revisão integrativa foi composta por 13 estudos, sendo nove artigos da PubMed, dois vinculados a LILACS e dois a SciELO. A figura 1 representa o percurso para seleção dos artigos, de acordo com o modelo Prisma.

Figura 1 – Fluxograma da seleção artigos da revisão integrativa acerca dos potencializadores e limitadores encontrados pelas equipes de saúde baseado no Modelo Prisma. Palmeira Das Missões, RS, Brasil, 2021



Fonte: Moher et. al, adaptado, 2009.

Quanto ao ano de publicação dos estudos selecionados, o ano de 2017 apresentou o maior índice de publicações com quatro artigos (31%), seguido pelos anos de 2014, 2015 e 2016 que dispunham de dois artigos cada (15% para cada ano); já os anos de 2018, 2019 e 2020 reuniram apenas um artigo cada (8% para cada ano). Em relação à origem dos estudos, identificou-se a prevalência de estudos realizados no Reino Unido com cinco publicações (38%), seguido pelo Brasil com três publicações (23%) e Estados Unidos, Alemanha, Índia, Nigéria e Costa Rica com apenas um artigo cada (8% para cada um dos cinco países). No que diz respeito à metodologia abordada nos estudos, houve predominância de pesquisas de cunho quantitativo, com nove estudos (69%), acompanhado pelo método qualitativo que foi utilizado em três estudos (23%), assim como, a abordagem qualitativa/quantitativa foi desenvolvida em um estudo (8%). No Quadro 1, são apresentadas as características dos artigos quanto ao título, objetivo, ano/país, delineamento do estudo (abordagem) e nível de evidência.

| Código | Título | Objetivo | Ano/País | Delineamento | Nível de Evidência |
|--------|--|---|----------------------|--------------|--------------------|
| A1 | Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem | Identificar os benefícios, facilitadores e barreiras na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuavam no centro cirúrgico de hospitais. | 2019/ Brasil | Quantitativo | N2 |
| A2 | Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico | Identificar o conhecimento de profissionais da saúde sobre a Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica, os desafios e estratégias para sua implantação em uma instituição pública hospitalar. | 2020/ Costa Rica | Quantitativo | N2 |
| A3 | Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. | Avaliar a aceitação, aplicação e adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura da OMS na Prática de Cirurgia Pediátrica em um Hospital Universitário. | 2015/ Índia | Quantitativo | N2 |
| A4 | Implementation of the Perioperative WHO Safety Checklist at a Maximum Care Hospital - A Retrospective Analysis. | Investigar o sucesso do processo de implementação da lista de verificação em um hospital de máxima atenção ao longo de um período de três anos e expor e analisar quaisquer problemas ocorridos. | 2016/ Alemanha | Quantitativo | N2 |
| A5 | Awareness and Use of Surgical Checklist among Theatre Users at Ekiti State University Teaching Hospital, Ado-Ekiti, Nigeria. | Determinar a conscientização e o uso do <i>checklist</i> cirúrgico entre os usuários do teatro em nosso hospital, os fatores que militam contra sua implementação e fazer recomendações. | 2017/ Nigéria | Quantitativo | N2 |
| A6 | Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. | Explorar o uso que os enfermeiros fazem da lista de verificação de segurança da Organização Mundial da Saúde no ambiente perioperatório. | 2017/ Reino Unido | Qualitativo | N4 |

| | | | | | |
|-----|---|---|-------------------------|-------------------------------|----|
| A7 | Clinical motivation and the surgical safety checklist. | Desenvolver uma cultura de segurança cirúrgica entre a equipe médica, reduzir as complicações e mortes perioperatórias e melhorar a qualidade cirúrgica | 2017/ Reino Unido | Quantitativo | N2 |
| A8 | A 'paperless' wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement. | Avaliar o envolvimento das subequipes da sala de cirurgia (SO) (anestesia, cirurgia e enfermagem) e a conformidade com a administração dos domínios da lista de verificação (Entrar, Tempo de Saída e Sair) e itens da lista de verificação, após a introdução de uma lista de verificação sem papel fixada na parede com migração de liderança do processo (Sign In, Time Out e Sign Out liderados por anestesia, cirurgia e enfermagem, respectivamente). | 2016/ Reino Unido | Quantitativo | N2 |
| A9 | Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: A focus group study among nurses. | Explorar os fatores que atuam como barreiras e facilitadores para a implementação da lista. | 2018/ Reino Unido | Qualitativo | N4 |
| A10 | Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes. | Determinar se o SSC diminui as complicações e examinar as atitudes dos membros da equipe cirúrgica após a implementação do SSC. | 2017/ Estados Unidos | Quantitativo | N2 |
| A11 | Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in an Ethiopian Referral Hospital. | Demonstrar como a Lista de Verificação pode ser implementada na Etiópia, com base nas estratégias desenvolvidas a partir da experiência em ambientes de recursos altos e baixos, e fornecer outras lições para outros centros de poucos recursos. | 2014/ Reino Unido | Quantitativo + Qualitativo | N4 |

| | | | | | |
|-----|---|---|-----------------|--------------|----|
| A12 | Análise do registro e conteúdo de <i>checklists</i> para cirurgia segura | Analisar e relacionar o registro de informações e conteúdo dos <i>checklists</i> com os objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas. | 2015/ Brasil | Quantitativo | N4 |
| A13 | Aplicação do <i>checklist</i> para cirurgia segura: relato de experiência | Relatar a experiência da aplicação do <i>checklist</i> de cirurgia segura proposto pela OMS. | 2014/ Brasil | Qualitativo | N4 |

4 DISCUSSÃO

Com base na síntese das evidências, identificaram-se duas categorias principais, sendo estas: Aspectos que Favorecem a Utilização Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica pelas Equipes de Saúde e Barreiras na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Aspectos que Favorecem a Utilização Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica pelas Equipes de Saúde

Em relação aos aspectos que favorecem a utilização da LVSC, foi evidenciado pelos profissionais das equipes cirúrgicas que a utilização do *checklist* de segurança cirúrgica promove a qualidade da assistência à medida que proporciona comunicação da equipe, prevenção de erros e a segurança do paciente (A1, A10, A11). Resultados identificados em estudo apontam para a redução de complicações como insuficiência respiratória (de 47% para 22%) e ausência de retenção de objetos em cavidades, ambos após a implementação da LVSC (A10). Da mesma forma, foi ressaltada a diminuição de infecções pós-operatórias após a utilização do *checklist*, sendo que os profissionais correlacionaram este acontecimento à administração adequada da profilaxia antimicrobiana (A11).

Ressalta-se também a ocorrência de dois casos de administração de antibióticos em pacientes com alergia pré-existente ao medicamento, em que a etapa do *checklist* referente a alergias não havia sido preenchida (A4). Da mesma maneira, a utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, possibilitou a identificação de eventos como local cirúrgico sem marcação, paciente errado, ausência do pedido de profilaxia antimicrobiana, ocorrência de alergias sem declaração prévia e ausência de identificação de amostras anatômicas (A3, A7, A12).

Acrescido a isso, as evidências também apontam que a utilização da LVSC está relacionada ao momento operatório. Neste âmbito, as cirurgias eletivas favoreceriam o uso da LVSC (A6), em detrimento as de urgência e emergência. Este resultado converge com os encontrados em pesquisa realizada em Minas Gerais, para avaliação da adesão ao *checklist*, no qual o preenchimento da LVSC prevaleceu nos procedimentos eletivos (56,9%), apontando que a chance da utilização do instrumento pode ser quatro vezes maior, se comparado a cirurgias de urgência e emergência (MARQUIONI, 2019). Ainda, segundo o estudo, a viabilização da checagem da lista em cirurgias eletivas está correlacionada à disponibilidade de tempo que estes procedimentos proporcionam aos profissionais da equipe cirúrgica, para o planejamento e execução das suas atribuições (A6).

Da mesma forma, a duração do procedimento (porte cirúrgico) foi indicada como um aspecto que facilita a utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, uma vez que cirurgias de longa duração propiciam maior espaço de tempo para o preenchimento do *checklist* (A9). Este resultado pode ser ratificado por pesquisa realizada em dois hospitais localizados na cidade de Natal, RN, onde a variável duração da cirurgia foi incluída na versão final do *checklist* visto que procedimentos mais longos aumentaram 60% a chance da sua utilização (FREITAS, 2014).

Alguns estudos também destacam que a adaptação da LVSC para o formato digital, potencializa a implementação e o aumento da checagem do instrumento (A2, A7). Esse aspecto é corroborado por pesquisa que utilizou um aplicativo desenvolvido com base no *Checklist*, para a checagem das informações. No estudo citado, o emprego do aplicativo possibilitou a quantificação em tempo real do risco para o paciente ao longo do procedimento, gerando um aviso/alerta para o profissional de saúde e aumentando sua adesão. Dessa forma, a utilização do aplicativo também possibilitou a realização do *timeout*, ainda na sala de operações, conforme recomendado pela OMS. No entanto, em nenhum dos procedimentos as recomendações pós-operatórias foram realizadas pela equipe multiprofissional, item de extrema importância para a continuidade do cuidado ao paciente (SILVA, *et al.* 2020).

Outro aspecto citado nos estudos, como fator facilitador para a aplicação da LVSC, foi o conhecimento prévio da ferramenta, pela equipe cirúrgica e, em especial, pelos cirurgiões (A6, A9). Visto que, os enfermeiros participantes destes estudos, afirmaram que houve maior interesse e adesão à LVSC quando os membros da equipe cirúrgica possuíam experiência anterior com a mesma. Pesquisa realizada no estado de São Paulo, com profissionais da equipe multiprofissional, que atuam no centro cirúrgico, evidenciou que 98,5% dos trabalhadores já possuíam conhecimento da lista e conseqüentemente todos os profissionais consideraram o *checklist* uma ferramenta importante para a assistência cirúrgica (SILVA, 2017).

Outro fator destacado como potencializador para a utilização do *checklist*, foi a possibilidade de momentos de análise das dificuldades encontradas pelos profissionais durante a sua implementação (A2) (A6). Nestes estudos, os profissionais apontam que o processo de auditoria auxiliaria na identificação dos obstáculos encontrados pela equipe multiprofissional, facilitando o planejamento de medidas, a fim de minimizar essas adversidades.

Nesta premissa, estudos com profissionais que atuam no centro cirúrgico apontaram a necessidade de adaptação da LVSC para o contexto da instituição, no sentido de facilitar a implementação (A2, A13). Esse resultado converge com uma pesquisa desenvolvida com a equipe cirúrgica de um hospital privado, em que as críticas e recomendações em relação à lista

foram ajustadas a etapa de *time out*, para cada procedimento a ser realizado, evitando a repetitividade dos itens, assim como o prolongamento do instrumento (MARTINS; CARVALHO, 2014). A percepção dos profissionais de saúde, quanto à necessidade de adequações no *checklist* para a realidade institucional, corrobora com a recomendação da OMS para a realização de adaptações na lista (PANCIERI, et al., 2013). Esta prática aumenta a adesão ao instrumento por meio do envolvimento dos profissionais da equipe cirúrgica no processo de planejamento e implementação dos fluxos.

Outras evidências apontam ainda que a oferta de educação continuada para a equipe multiprofissional reforça a importância do *checklist* para a segurança do paciente (A1, A2). Igualmente, em estudo desenvolvido com técnicos de enfermagem atuantes em centro cirúrgico e responsáveis pelo preenchimento da LVSC, evidenciou-se que a capacitação da equipe de enfermagem e da equipe médica promove o uso apropriado do instrumento, uma vez que proporciona a percepção do valor e dos benefícios do mesmo transformando a cultura de segurança do paciente (OLIVEIRA JUNIOR; MAGALHÃES, 2018).

Ainda, um estudo realizado com enfermeiros que trabalham em unidades de centro cirúrgico, no estado do Paraná, evidenciou que o apoio e a participação das categorias profissionais no processo de implementação potencializam a utilização da lista. Além do mais, apontaram que a utilização da LVSC seria intensificada com a presença de um líder no ambiente cirúrgico, com o intuito de estimular a adesão da equipe ao novo protocolo (A1).

Nesse sentido, nota-se que as mudanças realizadas na lista de verificação de segurança cirúrgica quanto à estrutura e ao formato são essenciais para melhorar a sua utilização pela equipe cirúrgica, porém ainda há entraves relacionados à participação multiprofissional na checagem. Entende-se que isso expressa a necessidade de ações como capacitações com o objetivo de disseminar os benefícios gerados a partir da adesão da lista.

Para além disso, é perceptível que a utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica proporciona benefícios para a instituição, profissionais de saúde e principalmente para o paciente, visto que permite a padronização das atividades desenvolvidas, o registro da assistência prestada e o compartilhamento de informações essenciais para o cuidado. Assim, torna-se de grande relevância o incentivo a implementação do *checklist*, tanto em âmbito nacional quanto internacional, visando a consolidação da segurança cirúrgica.

Barreiras na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Em relação às barreiras encontradas na aplicação da LVSC, as evidências indicam a resistência da equipe cirúrgica na adesão ao protocolo, principalmente por cirurgiões (A1, A2, A9), assim como baixo índice de checagem nas etapas da lista preenchidas por esses profissionais (A4). Estes resultados vão ao encontro de outro estudo, onde a relutância dos cirurgiões na utilização da lista esteve associada essencialmente a dois fatores: tempo de formação profissional, visto que cirurgiões mais jovens apresentam maior receptividade à implantação de novos protocolos, e a percepção do *checklist* unicamente como um processo burocrático (CRIADO, 2017).

É interessante ressaltar que a oposição dos profissionais de saúde ao uso da LVSC fica evidenciada, também, nas percepções negativas da equipe frente à utilização da lista na assistência perioperatória. Estudo realizado nos Estados Unidos com membros da equipe cirúrgica, demonstrou que 25,9% dos trabalhadores que atuam no centro cirúrgico entenderam que o uso da LVSC não melhorou a capacidade de finalização das atividades no ambiente cirúrgico (A10).

No entanto, em estudo que optou pela divisão da checagem dos três tempos do *checklist*, *sign in*, *time out* e *sign out* nas subcategorias profissionais, anestesiologia, cirurgia e enfermagem, respectivamente, os profissionais de enfermagem correlacionaram o aumento do preenchimento da etapa aplicada por sua subequipe com a estratégia utilizada para a implementação do instrumento (A8). Embora, a Organização Mundial de Saúde recomende que a aplicação da lista seja conduzida por um único profissional, a experiência positiva apresentada no estudo pode estar relacionada ao empenho de todas as categorias profissionais na incorporação do instrumento na assistência perioperatória.

Ademais, considerando a complexidade das atividades desenvolvidas em âmbito cirúrgico, a participação multiprofissional nas atividades faz-se necessária para a qualidade da assistência prestada. Uma vez que, o trabalho em equipe permite o desenvolvimento de responsabilidade coletiva acerca da assistência fornecida, tornando-se uma importante ferramenta para a consolidação da cultura de segurança do paciente (WEGNER, et al., 2016).

Por sua vez, a estrutura e o conteúdo da lista de verificação de segurança cirúrgica também foram evidenciados como entraves para a sua aplicação, uma vez que, itens considerados complexos dificultam a compreensão, com destaque para a presença de perguntas repetitivas (A2, A9). Contrapondo este resultado, um estudo realizado com enfermeiros, que atuavam em centro cirúrgico, em todas as regiões do Brasil, identificou que os participantes que possuíam

experiência profissional maior que seis anos, não elegeram dificuldades no entendimento dos itens. Dos 113 profissionais que já possuíam experiência com a lista, apenas 7 (6,20%) apresentaram alguma adversidade nesse sentido (SOUZA, 2016).

Outrossim, as evidências citam que o *sign out* foi considerada a etapa mais difícil de ser aplicada por profissionais que prestam a assistência perioperatória em um hospital na Etiópia (A11), da mesma maneira que esta etapa atingiu o menor percentual de preenchimento, inicialmente com apenas 59,5%, em relação aos demais tempos checados (A7). Este resultado também foi apontado em pesquisa que analisou a execução e a adesão da lista em cirurgias pediátricas. Destaca-se que o técnico de enfermagem foi o profissional que coordenou a aplicação da lista com maior frequência e que o *sign out* apresentou a menor taxa de adesão (9,9%), considerando-se o preenchimento dos itens de cada etapa (ALMEIDA, 2018).

Da mesma maneira, a insuficiência de treinamentos realizados com os profissionais da equipe cirúrgica também foi apontada como um obstáculo para a execução apropriada da lista. (A1, A2, A5). Esse fato corrobora com os resultados encontrados em estudo que objetivou analisar a importância de protocolos para prevenir a ocorrência de eventos adversos em âmbito cirúrgico. Nesse ínterim, os autores apresentam a falta de treinamento da equipe multiprofissional como um problema na implementação efetiva do *checklist*. Dessa forma, recomenda-se a potencialização da utilização da lista de verificação de cirurgia segura, através da capacitação dos profissionais de saúde integrantes da equipe cirúrgica, acerca da temática (PORTO, 2014).

Neste âmbito, destaca-se ainda a importância da oferta de educação permanente para os profissionais de saúde, a fim de promover reflexão e pensamento crítico a respeito da assistência prestada, assim como o papel do enfermeiro, enquanto líder do setor, na organização de atividades voltadas a capacitação profissional (PUGGINA, 2015). Da mesma forma, no ambiente cirúrgico, frente à utilização de novos instrumentos como a LVSC, cabe ao enfermeiro, a elaboração de ações para a familiarização dos profissionais com essa ferramenta, bem como para a conscientização da sua importância para a segurança do paciente.

Notório ressaltar que outro fator identificado nos estudos, como entrave para a utilização adequada da lista, foi a falta de tempo dos profissionais para a realização da checagem (A2, A5, A9), podendo ser correlacionada à sobrecarga profissional, evidenciada pela baixa adesão da equipe multiprofissional ao protocolo (A2, A9). Os estudos apontam também que a equipe cirúrgica considera que a lista prolonga o tempo do procedimento, ocasionando atraso na rotina

do centro cirúrgico (A5). Esta situação também foi evidenciada em pesquisa desenvolvida com profissionais da equipe de enfermagem que atuam no centro cirúrgico de um hospital universitário, localizado no nordeste brasileiro. Nesse local, 32,6% dos trabalhadores citaram como principal dificuldade para o uso do *checklist*, a falta de tempo para o preenchimento do instrumento (SILVA, 2019).

Por outro lado, um estudo realizado com enfermeiros evidenciou que esses profissionais consideram a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica um processo burocrático, configurando um fator que dificulta a sua utilização (A9). Da mesma maneira, uma parcela dos enfermeiros, encarregados pela aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica, julgam-na como um instrumento que aumenta a sobrecarga de trabalho (A6, A9). Este fato corrobora com pesquisa realizada com profissionais que prestam assistência transoperatória, na qual foi destacado por cirurgiões e anesthesiologistas, que há muitos documentos a serem preenchidos nesse período e que a checagem da lista levaria à maior sobrecarga dos profissionais (FERREIRA, 2019).

Por conseguinte, as evidências apresentam a realização de cirurgias não eletivas, ou seja, urgência ou emergência, como uma barreira para a aplicação da lista, devido ao alto nível de complexidade nesses procedimentos e o déficit de informações sobre o histórico do paciente. (A6, A9). Em estudo desenvolvido em instituições hospitalares de países distintos, com o objetivo de analisar o impacto da adoção do *checklist* em cirurgias colorretais, uma instituição brasileira apresentou apenas 25,7% dos *checklists* completos em cirurgias de urgência, enquanto uma instituição canadense apresentou 50,4%, evidenciando que o nível de desenvolvimento do país pode estar associado à adoção de novos protocolos (GAMA, 2019).

Nesse sentido, nota-se que a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica na rotina assistencial encontra dificuldades, revelando a necessidade da adoção de estratégias para fomentar a utilização deste instrumento, principalmente ampla divulgação dos seus benefícios, oferta de capacitações e envolvimento da equipe multiprofissional. Visto que a LVSC proporciona a checagem de pontos essenciais da assistência cirúrgica, a mesma torna-se indispensável para a garantia da qualidade e segurança do cuidado ofertado ao paciente.

5 CONCLUSÃO

Considerando as evidências relatadas nesta revisão, foi possível identificar que a introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica na assistência configura-se como uma estratégia para potencializar a cultura de segurança do paciente em âmbito cirúrgico. Ademais, pôde-se perceber que o processo de implementação do *checklist* é fortalecido por fatores como nível de capacitação da equipe cirúrgica, realização de adaptação da lista ao contexto da instituição, utilização de tecnologias aliadas à assistência como o uso da lista em formato digital, conhecimento prévio dos profissionais sobre a lista, bem como maior adesão em procedimentos cirúrgicos eletivos e de maior porte.

Outro ponto relevante, e imperioso a ser ressaltado, diz respeito aos estudos que demonstram que a utilização efetiva do *checklist* enfrenta obstáculos no seu desenvolvimento relacionados a recursos humanos ou materiais, como resistência da equipe cirúrgica, falta de treinamento para os profissionais, falta de tempo para a checagem e sobrecarga de trabalho. Isso evidencia a necessidade do empenho das instituições na promoção de condições favoráveis ao desenvolvimento de práticas seguras, assim como da equipe multiprofissional no empenho durante atividades relacionadas à segurança do paciente, visando garantir a qualidade assistencial.

Da mesma maneira, destaca-se também a relevância do enfermeiro, enquanto gerente da unidade cirúrgica, na realização de ações voltadas à conscientização dos profissionais sobre o *checklist*, por meio de treinamentos, capacitações, palestras, auditorias e *feedback* para a equipe multiprofissional, a fim de incentivar a adesão a protocolos que visem à promoção da segurança do paciente.

Diante disso, indica-se a disseminação, em âmbito nacional, dos benefícios gerados a partir da utilização da lista de verificação para o paciente, equipe cirúrgica e instituição, com o objetivo de fomentar a adesão ao protocolo. Sugere-se ainda a incorporação da temática na formação profissional, nos distintos cursos de graduação, visando a construção da cultura de segurança do paciente cirúrgico à medida que se consolida o perfil profissional.

Para além disso, recomenda-se a realização de novas pesquisas, em nível de território nacional, que visem analisar as percepções da equipe multiprofissional na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, a curto e a longo prazo, buscando mapear as dificuldades e potencialidades encontradas em cada instituição, permitindo o planejamento de novos programas e políticas voltadas a segurança do paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. E. **Checklist de cirurgia segura: avaliação de conformidade em procedimentos pediátricos de hospital do Distrito Federal**. 2018. 151 p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/33934>>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- AMARAL, L. R. D; ARAÚJO, C. A. S. Práticas avançadas e segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 688-695, dez./2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600688&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2020.
- BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2 ed. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2013 Jul 26, Seção 1:36 (b).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2013 Abr 2, Seção 1:43. 10 (a).
- CRIADO, J. V. N.; DIAS, B. F.; CARMO, T. G. Processo de implementação do protocolo de cirurgia segura. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 33, n. 1, p. 173-189, mar., 2017. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100019&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ELIAS, A. C. G. P.; SCHMIDT, D. R. C.; YONEKURA, C. S. I. et al., Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v. 20, n. 3, p. 128-133. Jul./Set. 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/lil-772156?src=similardocs>>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- FERREIRA, R. A. et al. Fatores intervenientes na implantação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 41-46, abr., 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1592/517>>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- FINEOUT-OVERHOLT E, STILLWELL SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt, (Eds.). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 137-148, jan./ 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2021.

GAMA, C. S. **Uso do Checklist de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde como estratégia de redução de complicações e mortalidade em cirurgias colorretais: uma análise de duas realidades, Brasil X Canadá.** 2019. 108f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, BH, 2019. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/1843/ENFC-BEEJXF>>. Acesso em: 10 jan 2021.

MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017320, jun./2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200308&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2020.

MARQUIONI, F. S. N. et al. Cirurgia segura, avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 22-30, jan./mar., 2019. Disponível em: < <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/437>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MARTINS, G. S.; CARVALHO, R. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.18-25, jan./mar., 2014. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/49>>. Acesso em: 10 jan. 2021

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. D. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez./2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2020.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for; systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PloS Med.* 2009; v. 6, n. 7, p. e1000097. Disponível em: DOI: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

OLIVEIRA JUNIOR, N. J.; MAGALHÃES, A. M. M. Dificuldades na aplicação do checklist cirúrgico: estudo qualitativo de abordagem ecológica restaurativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 16, n. 4, p. 448-459, dez., 2018. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5887/html>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

OLIVEIRA, R. M., et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, mar./ 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS).** Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro, 2009.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jan. 2021.

PORTO, K. L. H. A segurança do paciente na utilização do checklist. **Revista Enfermagem Revista**, Minas Gerais, v. 17, n. 2, p. 103-115, mai./jun., 2014. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876>>. Acesso em 10 jan. 2021

PUGGINA, C. C. et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Revista espaço para a saúde**, Paraná, v. 16, n.4, p. 87-97, out./dez., 2015. Disponível em: <<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/386>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SALES, C. B., et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, fev./ 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2020

SILVA, E. F. M. et al. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre checklist de cirurgia segura. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 71-78, out., 2017. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/731>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SILVA, R. H. et al. Aplicativo para conferência e controle de cirurgia segura –princípios para segurança do paciente em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Minas Gerais, v. 1, n. 53, p. e3549, ago., 2020 Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3549>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SILVA, V. R. et al. Desafios na utilização do checklist de cirurgia segura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Minas Gerais, v. 11, n. 16, p. e1472, out., 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1472>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SOLSKY, I. et al. World Health Organization Surgical Safety Checklist Modification: Do Changes Emphasize Communication and Teamwork?. **Journal of Surgical Research**, Alemanha, v. 246, n. 1, p. 614-622, fev./2020. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022480418306589>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SOUZA, R. M. et al. Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 192-197, out./dez., 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600040003>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

WAEHLE, H. V. et al. How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties.

BioMed Central Health Services Research, London, v. 20, n. 1, p. 100-101, fev./2020.
Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-020-4965-5>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

WALI, R.; HALAI, T.; KOSHAL, S. WHO surgical safety checklist training: An alternative approach to training in local safety standards for invasive procedures. **European Journal of Dental Education**, Copenhagen, v. 24, n. 1, p. 71-78, fev./2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/eje.12469>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. e20160068, jun./2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2021.