

Preenchimento inadequado de dados cirúrgicos para segurança do paciente: opinião de profissionais da saúde*

Inadequate completion of surgical data for patient safety: opinion of health professionals

Como citar este artigo:

Almeida ACS, Andrade LA, Rocha HMN, Menezes AF, Santana ITS, Farre AGMC, et al. Inadequate completion of surgical data for patient safety: opinion of health professionals. Rev Rene. 2021;22:e70735. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212270735>

 Anny Caroline Santos Almeida¹
 Lucas Almeida Andrade¹
 Hertaline Menezes do Nascimento Rocha¹
 Andreia Freire de Menezes¹
 Ingrede Tatiane Serafim Santana¹
 Anny Giselly Milhome da Costa Farre¹
 José Yuri Silva Santos¹

*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Análise do checklist para cirurgia segura e variáveis contributivas para registro inadequado em um hospital universitário do centro sul de Sergipe", Universidade Federal de Sergipe, 2018.

¹Universidade Federal de Sergipe.
São Cristóvão, SE, Brasil.

Autor correspondente:

Ingrede Tatiane Serafim Santana
Universidade Federal de Sergipe. Av. Marechal Rondon,
s/n - Jardim Rosa Elze, CEP: 49100-000. S
ão Cristóvão, SE, Brasil.
E-mail: ingredetatiane@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: investigar variáveis relacionadas com o preenchimento inadequado de dados cirúrgicos para a segurança do paciente no contexto hospitalar na opinião de profissionais de saúde. **Métodos:** estudo retrospectivo em 180 prontuários de pacientes cirúrgicos em um hospital público, com aplicação de questionário estruturado aos profissionais assistenciais responsáveis pelo preenchimento de dados cirúrgicos. Realizou-se análise estatística descritiva. **Resultados:** os prontuários apresentaram incompletude nos registros cirúrgicos nos períodos pré-operatório (61%), intraoperatório (66%) e pós-operatório imediato (87%). Os profissionais referiram desconhecer o protocolo para cirurgia segura (62%) e o formulário de segurança cirúrgica da instituição (68%), sendo que 87% não receberam capacitação para utilização do checklist intraoperatório, 66% consideraram o dimensionamento de pessoal inadequado e 55%, a comunicação ineficaz. **Conclusão:** na opinião dos profissionais de saúde, conhecimento profissional insuficiente, ausência de capacitação, dimensionamento de pessoal inadequado e comunicação ineficaz podem estar relacionados com o preenchimento inadequado dos dados cirúrgicos e segurança do paciente.

Descritores: Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Lista de Checagem; Hospitais; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to investigate variables related to inadequate completion of surgical data for patient safety in the hospital setting in the opinion of health professionals. **Methods:** retrospective study in 180 medical records of surgical patients in a public hospital and application of a structured questionnaire to caregivers responsible for filling out the surgical data of patients. Descriptive statistical analysis was performed. **Results:** the medical records showed incomplete surgical records in the preoperative period (61%), intraoperative period (66%) and immediate postoperative period (87%). Professionals reported not knowing the protocol for safe surgery (62%) and the institution's surgical safety form (68%), 87% were not trained to use the intraoperative checklist, 66% considered the number of staff inadequate and 55% considered communication ineffective. **Conclusion:** in the opinion of health professionals, insufficient professional knowledge, lack of training, inadequate staffing and ineffective communication may be related to inadequate completion of surgical data and patient safety.

Descriptors: Surgical Procedures, Operative; Checklist; Hospitals; Patient Safety.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

Introdução

Procedimentos cirúrgicos estão relacionados com riscos iminentes à saúde e requerem a contínua adoção de medidas para segurança do paciente. No entanto, apesar da implementação de iniciativas de prevenção como, por exemplo, campanhas promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência de eventos adversos associados aos procedimentos cirúrgicos, ainda, é uma realidade vivenciada pelas instituições de saúde⁽¹⁾.

Evento adverso é definido como um incidente que resulta em danos ao paciente, podendo ser evitado em diferentes situações mediante a adoção de medidas de segurança do paciente. Em procedimentos cirúrgicos, a adoção de práticas seguras e sistemáticas para a assistência perioperatória pode influenciar diretamente a redução de eventos adversos⁽²⁾. A segurança cirúrgica, a redução da mortalidade e de complicações cirúrgicas representam um dos objetivos da OMS para a segurança do paciente, tratado no tópico denominado Cirurgias Seguras Salvam Vidas, que impulsionou o desenvolvimento de uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, na tentativa de minimizar a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos⁽³⁻⁴⁾.

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica ou *checklist* de cirurgia segura, desenvolvido pela OMS como parte do programa de Cirurgias Seguras Salvam Vidas, é uma importante ferramenta a ser utilizada por profissionais para a prevenção de eventos adversos, apresentando quatro importantes pilares para a segurança do paciente cirúrgico - prevenção de infecção em sítio cirúrgico, segurança anestésica, trabalho em equipe e comunicação melhorada e mensuração do cuidado – em forma de *checklist* de fácil preenchimento⁽⁴⁾.

Impactos positivos do preenchimento adequado que constam na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica incluem, por exemplo, a redução da taxa de mortalidade e de complicações cirúrgicas⁽⁵⁾. No entanto, sua adoção precisa ser melhor trabalhada na área da saúde, visto que ainda são identificadas falhas e

resistência em sua utilização, como, por exemplo, na análise sobre o preenchimento do *checklist* em hospitais brasileiros que identificou média de preenchimento menor que 80% para a maioria dos itens, sugerindo baixa adesão na sua utilização⁽⁶⁾.

Aspectos sobre a adesão ao preenchimento do *checklist* de cirurgia segura e impactos da implementação são avaliados na literatura⁽⁴⁻⁶⁾. No entanto, para a segurança cirúrgica, é necessário que os registros dos dados estejam completos e disponíveis não somente no período transoperatório, mas também no pré e pós-operatório. As variáveis relacionadas com o preenchimento inadequado dos dados podem desvelar outros contextos como conhecimento deficiente e dimensionamento de pessoal inadequado, os quais podem interferir diretamente na qualidade do cuidado do paciente.

Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo investigar variáveis relacionadas com o preenchimento inadequado de dados cirúrgicos para a segurança do paciente no contexto hospitalar hospitalar na opinião de profissionais de saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva em prontuários de pacientes cirúrgicos e com aplicação de questionário aos profissionais de saúde assistenciais da unidade de clínica cirúrgica e do centro cirúrgico de um hospital público localizado na Região Nordeste do Brasil.

O hospital conta com um serviço de urgência e emergência pediátrica, geral e traumatológica 24 horas e possui, ainda, uma Unidade de Centro Cirúrgico com quatro salas operatórias, uma sala pré-operatória com dois leitos, uma sala de recuperação pós-anestésica com cinco leitos e 35 leitos destinados aos pacientes cirúrgicos, sendo 10 para demanda de Hospital Dia com equipe de saúde completa para cirurgias eletivas e de urgência.

Na primeira etapa do estudo, a amostragem foi não probabilística, do tipo por conveniência, e dois

estudantes de enfermagem do último ano da graduação coletaram informações de todos os prontuários de pacientes (n=180) que passaram por procedimentos cirúrgicos nos meses de janeiro a março de 2018, armazenados no Serviço de Arquivo Médico.

Foi elaborado um checklist de verificação das informações no período perioperatório (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório imediato), com a opção 'sim' para variáveis preenchidas adequadamente, ou 'não' para àquelas não preenchidas, incompletas ou duplicadas. Um total de 26 variáveis foi avaliado, dentre estas, o registro dos sinais vitais do paciente, horários de entrada/saída dos setores, nome e assinatura dos profissionais envolvidos. O instrumento foi elaborado com base nas recomendações da OMS para o preenchimento seguro de dados cirúrgicos e passou por teste-piloto, com poucas modificações. O tempo médio de análise e checagem de cada prontuário foi de 15 minutos.

Na segunda etapa do estudo, os pesquisadores aplicaram um questionário estruturado aos 47 de um total de 57 profissionais assistenciais responsáveis pelo preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Ao todo foram: um fisioterapeuta (2,1%), três instrumentadores (6,4%), 10 enfermeiros (21,3%), 19 técnicos de enfermagem (40,4%) e 14 auxiliares de enfermagem (29,8%). Quatro profissionais se recusaram a participar da pesquisa, um estava em afastamento legal e cinco foram excluídos após participação em teste piloto do instrumento de coleta. Os profissionais foram contactados pessoalmente nos meses de setembro e outubro de 2018 em momentos indicados com menor demanda de trabalho no plantão, com realização da coleta de dados em local reservado e com tempo médio de preenchimento de oito minutos.

O questionário, elaborado pelos pesquisadores, continha dados de identificação pessoal/profissional e mais 12 questões com possibilidades de resposta 'sim ou não' sobre fatores relacionados com o preenchimento de dados para cirurgia segura e utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, tais como

conhecimentos, capacitações, percepções, dimensionamento de enfermagem, satisfação pessoal e comunicação no local de trabalho.

Os estudantes que realizaram a coleta de dados passaram por um treinamento de oito horas com o pesquisador sênior, aplicaram os testes-piloto e já estavam inseridos no campo hospitalar por meio de realização de estágio curricular obrigatório do curso de graduação.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel* e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0 para *Windows*, utilizando análise estatística descritiva para obtenção da distribuição de frequências absolutas e percentuais. Foram observados os aspectos éticos e legais em pesquisas envolvendo seres humanos e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 95482718.9.0000.5546, parecer nº 2.897.500/2018, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O levantamento preliminar em prontuários evidenciou que, dentre os 180 prontuários analisados, 118 (66,0%) pertenciam aos pacientes do sexo masculino e 62 (34,0%) do sexo feminino, com média de idade de 38,97 anos, idade mínima de um e máxima de 89 anos. Os pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos na instituição eram procedentes, principalmente, de cidades do Estado de Sergipe: Lagarto (79; 44,0%), Tobias Barreto (18; 10,0%) e Simão Dias (16; 9,0%).

O tempo cirúrgico com maior percentual de adequação nos registros das informações coletadas em procedimentos cirúrgicos correspondeu ao pré-operatório (39,0%), seguido do intraoperatório (34,0%), e o de menor adequação foi relacionado com o pós-operatório imediato (13,0%). Dados sobre o preenchimento de variáveis fundamentais para a segurança do paciente em procedimentos cirúrgicos mediante coleta em prontuários e distribuídas com

relação aos tempos cirúrgicos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório imediato são descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis preenchidas em procedimentos cirúrgicos de acordo com os tempos cirúrgicos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório imediato. São Cristóvão, SE, Brasil, 2018

Variáveis registradas	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Pré-operatório		
Diagnóstico pré-operatório	76 (42,0)	104 (58,0)
Sinais vitais	53 (29,0)	127 (71,0)
Locomoção	82 (46,0)	98 (54,0)
Doenças crônicas	77 (43,0)	103 (57,0)
Próteses	70 (39,0)	110 (61,0)
Preparo cirúrgico	55 (31,0)	125 (69,0)
Registro de profissional responsável	80 (44,0)	100 (56,0)
Intraoperatório		
Horário de entrada no centro cirúrgico	77 (43,0)	103 (57,0)
Horário de início da cirurgia	74 (41,0)	106 (59,0)
Horário de término da cirurgia	63 (35,0)	117 (65,0)
Anestesia	57 (32,0)	123 (68,0)
Posição cirúrgica	60 (33,0)	120 (67,0)
Cirurgião responsável	55 (31,0)	125 (69,0)
Circulante da sala	35 (19,0)	145 (81,0)
Registro de profissional responsável	67 (37,0)	113 (63,0)
Pós-operatório imediato		
Horário de entrada na Recuperação Pós-anestésica	40 (22,0)	140 (78,0)
Horário de saída da Recuperação Pós-anestésica	15 (8,0)	165 (92,0)
Índice de Aldrete e Kroulik	20 (11,0)	160 (89,0)
Sinais vitais – pressão arterial	30 (16,6)	150 (83,4)
Sinais vitais – frequência cardíaca	26 (14,5)	154 (85,5)
Sinais vitais – frequência respiratória	10 (5,5)	170 (94,5)
Sinais vitais – temperatura	7 (3,9)	174 (96,1)
Anotações e prescrições de enfermagem	34 (19,0)	146 (81,0)
Medicações administradas	3 (2,0)	177 (98,0)
Setor de destino do paciente	30 (17,0)	150 (83,0)
Registro de profissional responsável	39 (22,0)	141 (78,0)

No período pré-operatório, a variável com maior porcentagem de registro foi relacionada com a locomoção do paciente (46,0%), enquanto a menor porcentagem foi relacionada com os sinais vitais dos pacientes, com 71,0% de registros incompletos/ausentes. No intraoperatório, a variável com a maior porcentagem de registro correspondeu ao horário de entrada no centro cirúrgico (43,0%), enquanto a menor porcentagem correspondeu ao registro do circulante da sala (19,0%). A adequabilidade no registro de informações sobre a localização de equipamentos no paciente durante o transoperatório também foi avaliada, identificando-se que apenas 23,0% dos registros nos procedimentos cirúrgicos foram considerados adequados.

No pós-operatório imediato, as variáveis com maior porcentagem de preenchimento corresponderam ao horário de entrada na Sala de Recuperação Pós-Anestésica e o registro de profissional responsável, ambos com 22,0% de preenchimento, enquanto a menor porcentagem relacionou-se as medicações administradas, com apenas 2,0% de registros completos. Evidencia-se, adicionalmente, que o registro completo sobre os sinais vitais do paciente nesse período também foi abaixo do esperado, visto que o registro da pressão arterial foi identificado apenas em 30 (16,6%) dos prontuários, a frequência cardíaca em 26 (14,5%), a frequência respiratória em 10 (5,5%) e a temperatura em apenas 7 (3,9%).

Entre os participantes do estudo para investigação do conhecimento profissional sobre o preenchimento adequado de informações em procedimentos cirúrgicos e de fatores que podem estar relacionados ao preenchimento inadequado do *checklist*, a média de idade foi de 40,7 anos, com idade mínima de 26 e máxima de 64 anos; entre os profissionais, houve o predomínio do sexo feminino (42; 89,4%) e de assistenciais atuantes na clínica cirúrgica (25; 53,2%). Dados sobre o conhecimento e preenchimento adequado sobre informações em procedimentos cirúrgicos entre os profissionais encontram-se descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – Conhecimento e preenchimento adequado sobre informações em procedimentos cirúrgicos. São Cristóvão, SE, Brasil, 2018

Itens	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Conhece o segundo desafio global da Organização Mundial da Saúde para Segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas?	24 (51,0)	23 (49,0)
Conhece o protocolo do Ministério da Saúde para cirurgia segura?	29 (62,0)	18 (38,0)
Conhece o formulário disponibilizado pela instituição para verificação dos tempos cirúrgicos?	15 (32,0)	32 (68,0)
Foi capacitado para o preenchimento adequado da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica?	6 (13,0)	41 (87,0)
Considera que a lista de verificação subsidia o cuidado seguro e assistência de qualidade?	34 (72,0)	13 (28,0)
Considera que a lista de verificação deve ser preenchida apenas por um profissional?	17 (36,0)	30 (64,0)
Considera que apenas o enfermeiro pode realizar o preenchimento da lista de verificação?	14 (30,0)	33 (70,0)
Teve conhecimento de eventos adversos decorrentes de procedimentos cirúrgico realizados na instituição?	26 (55,0)	21 (45,0)
Considera que o dimensionamento de pessoal é adequado para o setor?	16 (34,0)	31 (66,0)
Considera efetiva e satisfatória a comunicação entre a equipe do setor?	21 (45,0)	26 (55,0)
Sente-se satisfeito em seu local de trabalho?	39 (83,0)	8 (17,0)
Sente-se seguro em realizar um procedimento cirúrgico próprio na instituição?	20 (43,0)	27 (57,0)

Dados encontrados evidenciaram que apenas 24 (51,0%) dos profissionais conheciam o segundo desafio global da Organização Mundial da Saúde para Segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas e que, apesar de 29 (62,0%) profissionais relataram conhecimento sobre o protocolo do Ministério da Saúde para cirurgia segura, 32 (68,0%) profissionais desconheciam o formulário disponibilizado pela instituição para utilização na verificação das informações nos tempos cirúrgicos.

O treinamento com capacitação para aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na unidade foi considerado inadequado/não realizado por 41 (87,0%) profissionais, e 34 (72,0%) profissionais afirmaram que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica subsidia o cuidado seguro e uma assistência de qualidade ao paciente, contribuindo positivamente para a redução de eventos adversos em procedimentos cirúrgicos.

Sobre o preenchimento do *checklist* por apenas um profissional da unidade, a maioria dos profissionais (30; 64,0%) considera que seu preenchi-

mento não é privativo de um único profissional; além disso, 33 (70,0%) profissionais consideram que seu preenchimento não é exclusivo da enfermagem, representando uma atribuição comum a equipe assistencial. Salienta-se que 26 (55,0%) profissionais referiram já ter tido conhecimento sobre eventos adversos resultantes de procedimentos cirúrgicos na instituição, 31 (66,0%) consideravam inadequado o dimensionamento de pessoal das unidades e 26 (55,0%) referiram existir falha de comunicação entre a equipe do setor.

A satisfação no ambiente de trabalho e segurança do profissional em realizar cirurgias próprias na instituição em que trabalhava, também, foram consideradas no estudo, sendo que apenas 8 (17,0%) profissionais relataram insatisfação com o local de trabalho e que a maioria dos profissionais (27; 57,0%) referiu não sentir segurança para a realização de procedimentos cirúrgicos próprios na instituição, representando um importante fator a ser considerado para a adoção de medidas que visem à segurança do paciente cirúrgico.

Discussão

A qualidade dos registros cirúrgicos nos prontuários dos pacientes é um desafio constante para hospitais públicos brasileiros, pois não basta apenas identificar as falhas, mas sim investigar suas causas junto àqueles que registram.

A principal dificuldade para a realização da pesquisa se relacionou com o acesso à equipe cirúrgica, especialmente a categoria médica e à equipe da clínica cirúrgica devido à alta demanda de procedimentos realizados na instituição, sendo fundamental a abordagem do profissional em diferentes momentos e a acessibilidade e persistência do pesquisador em todo o processo de coleta, além do reforço aos benefícios e aspectos éticos da pesquisa.

A limitação do estudo foi relacionada, principalmente, com a amostra relativamente pequena de profissionais participantes do estudo, pelo fato de se tratar de pesquisa desenvolvida em um único hospital e pela análise descritiva dos dados; dessa forma, salienta-se a necessidade da realização de pesquisas abrangentes em hospitais públicos e privados com diferentes realidades, para aprofundar as variáveis estudadas e realizar análises comparativas. Ademais, por se tratar, também, da utilização de dados dos prontuários, têm-se as limitações próprias de estudos retrospectivos, como possibilidade de ausência de registros ou dados incompletos; no entanto, esse foi um indicador avaliado pelo estudo.

Todas as variáveis de registro aqui analisadas não atingiram mais de 46,0% de presença nos prontuários. Pesquisa realizada nas clínicas cirúrgica e médica de um hospital do Nordeste brasileiro apontou que profissionais de enfermagem realizam seus registros de forma incompleta e que, muitas vezes, não documentam o cuidado prestado, ocasionando falhas de registros consideradas básicas como ausência de horários (até 76,6%), uso de letras ilegíveis (até 45,3%) e admissão com condições de chegada do paciente (até 88,9%)⁽⁷⁾.

A taxa encontrada de preenchimento do *checklist* de cirurgia segura realizada no período intraoperatório em centro cirúrgico de um hospital público brasileiro foi de 58,5%, representando média adesão à sua utilização, mesmo com profissional designado para sua realização⁽⁸⁾. A adesão ao *checklist* antes da indução anestésica, incisão cirúrgica e saída do paciente na sala cirúrgica foi avaliada por pesquisadores que relataram que apenas 67,4% estavam totalmente preenchidos, com *checklist* presente em 95% dos prontuários⁽⁹⁾.

A incompletude dos registros cirúrgicos identificada no presente estudo foi aumentando à medida que o paciente percorria as etapas dos períodos cirúrgicos, sendo menor no pré-operatório e maior no pós-operatório imediato. Pesquisa aponta que o preenchimento de informações cirúrgicas e utilização do *checklist*, por exemplo, é variada entre os profissionais e está associada a fatores como a cultura e sua compreensão, como ferramentas para a segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

O registro adequado das variáveis do *checklist* de cirurgia segura tem-se mostrado amplamente eficaz para a segurança do paciente cirúrgico; no entanto, lacunas em seu preenchimento, resistência em sua adesão e barreiras universais em sua utilização, ainda, são identificadas, podendo comprometer a assistência ao paciente cirúrgico^(8-9,11).

Na segurança do paciente é preciso ir além da identificação de falhas, pois é necessário investigar as causas ou os contextos locais que podem contribuir para tais. A maioria dos profissionais de saúde aqui investigados relatou satisfação com o local de trabalho, além de conhecer os protocolos/metodologias nacionais/internacionais sobre cirurgia segura e ciência da importância da lista de verificação de cirurgia segura. No entanto, consideraram o dimensionamento de pessoal insuficiente, a comunicação entre a equipe não efetiva e não receberam capacitação para preenchimento dos formulários institucionais.

Este estudo identificou um tripé relevante para

os registros das informações: comunicação eficaz, dimensionamento de pessoal e capacitação/treinamento institucional. Estes fatores podem elevar a própria sensação dos profissionais de não segurança, caso tenham que passar por procedimentos cirúrgicos na instituição. A comunicação eficaz e o dimensionamento adequado de pessoal entre os profissionais são fundamentais para a assistência integral à saúde e segurança do paciente cirúrgico. A comunicação consiste em uma das barreiras universais para adesão à utilização dos protocolos e *checklists*⁽¹¹⁾.

A comunicação efetiva entre os profissionais é fundamental para a qualidade do cuidado em saúde e pode ser influenciada por três aspectos: alfabetização em saúde, competência cultural e barreiras linguísticas; o comprometimento de um desses fatores pode influenciar negativamente a comunicação entre os profissionais e comprometer o cuidado assistencial, o que torna fundamental a adoção de medidas para a promoção de uma comunicação eficaz⁽¹²⁾.

O dimensionamento de pessoal consiste na previsão quantitativa e qualitativa adequada de profissionais para atender as necessidades da população assistida, respeitando as particularidades dos sistemas de saúde, objetivando proporcionar uma assistência de qualidade e segurança do profissional e paciente; nesse contexto, a percepção e a realização de dimensionamento inadequado de pessoal podem influenciar negativamente o cuidado⁽¹³⁾.

A falta de recursos humanos é descrito na literatura, por exemplo, como um dos fatores que dificultam a tomada de decisão do profissional enfermeiro no centro cirúrgico⁽¹⁴⁾, e a falta de recursos humanos pode representar um problema a segurança do paciente. O cuidado seguro tem sido amplamente discutido em saúde e o dimensionamento adequado influencia positivamente não apenas a segurança do profissional, mas também a qualidade e segurança no atendimento ao paciente⁽¹⁵⁾.

O conhecimento sobre a segurança do paciente, a influência pessoal sobre segurança, a atitude profes-

sional⁽¹⁶⁾, bem como a familiaridade e adesão aos protocolos padronizados para a promoção da segurança do paciente são fatores fundamentais para a difusão da cultura de segurança do paciente^(8-9,17). Pesquisa realizada em dois centros cirúrgicos de grande porte apontou que apenas 56,7% dos profissionais mencionaram ter recebido treinamento para o preenchimento adequado⁽¹⁸⁾. Por sua vez, a maioria dos profissionais no presente estudo referiu não ter recebido capacitação para o preenchimento de informações cirúrgicas presentes no *checklist* de cirurgia segura.

O conhecimento profissional sobre eventos adversos cirúrgicos associado ao comportamento e à atitude profissional adequada é fundamental para a segurança do paciente cirúrgico, e a implementação do *checklist* em unidades de saúde se apresenta como forma de direcionar um trabalho integrado da equipe profissional e de possibilitar, além da segurança do paciente cirúrgico, melhor conhecimento sobre a atuação da equipe cirúrgica⁽¹⁹⁾. Nesse contexto, a capacitação profissional é fundamental para a promoção de uma assistência de qualidade ao paciente, bem como a promoção da segurança do paciente.

Ademais, o presente estudo ressalta a importância do reforço, estímulo e capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento adequado dos formulários, pois, muitas vezes, os hospitais podem instituir instrumentos com os quais os colaboradores não se sentem seguros ou, até mesmo, desconhecem, o que reflete deficiências na comunicação interna da instituição e pode comprometer a assistência ao paciente.

Educar sobre segurança do paciente se faz necessário para que os profissionais de saúde possam fornecer cuidados centrados no paciente de forma interdisciplinar por meio de uma prática baseada em evidências e melhoria contínua da qualidade do cuidado, principalmente, pela detecção precoce e comunicação de erros, além da adoção de comportamentos que visem à redução de danos e à atuação em equipe⁽²⁰⁾.

Conclusão

Identificou-se no presente estudo que variáveis como conhecimento profissional insuficiente sobre protocolos para segurança do paciente cirúrgico, ausência de capacitação, dimensionamento de pessoal inadequado e comunicação ineficaz entre a equipe assistencial da instituição são variáveis que podem estar relacionadas com o preenchimento inadequado dos dados cirúrgicos em segurança do paciente na opinião de profissionais de saúde. Diante disso, é fundamental a adoção de ações profissionais, institucionais e de ensino com enfoque na segurança do paciente cirúrgico e na importância do preenchimento adequado dos dados em fichas, prontuários e *checklist* para a redução de eventos adversos em procedimentos cirúrgicos.

Colaborações

Almeida ACS, Andrade LA, Rocha HMN e Menezes AF contribuíram para a concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Santana ITS, Farre AGMC e Santos JYS contribuíram para a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Barimani B, Ahangar P, Nandra R, Porter K. The WHO surgical safety checklist: a review of outcomes and implementation strategies. *Perioper Care Oper Room Manag.* 2020; 21:100117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2020.100117>
2. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019; 27:e2939. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>
3. Jager E, Gunnarsson R, Ho YH. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist correlates with reduced surgical mortality and length of hospital admission in a high-income country. *World J Surg.* 2019; 43(1):117-24. doi: <http://doi.org/10.1007/s00268-018-4703-x>
4. Tostes MFP, Galvão CM. Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40(esp):e20180180. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>
5. Haugen A, Sevdalis N, Søfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology.* 2019; 131(2):420-5. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>
6. Almeida RE, Rodrigues MCS. Filling in the surgical safety checklist in Brazilian hospitals. *Rev Rene.* 2018; 19:e32567. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932567>
7. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(2):e20180542. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>
8. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(10):e00046216. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>
9. Ribeiro L, Fernandes GC, Souza EG, Souto LC, Santos ASP, Bastos RR. Safe surgery checklist: filling adherence, inconsistencies, and challenges. *Rev Col Bras Cir.* 2019; 46(5):e20192311. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192311>
10. Willassen ET, Jacobsen ILS, Tveiten S. Safe surgery checklist, patient safety, teamwork, and responsibility – coequal demands? A focus group study. *Glob Qual Nurs Res.* 2018; 5:2333393618764070. doi: <https://doi.org/10.1177/2333393618764070>
11. Jain D, Sharma R, Reddy S. WHO safe surgery checklist: barriers to universal acceptance. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2018; 34(1):7-10. doi: https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_307_16
12. Ratna H. The importance of effective communication in healthcare practice. *Harvard Public Health Rev [Internet].* 2019 [cited Apr 5, 2021]. Available from: <https://harvardpublichealthreview.org/healthcommunication/>

13. Santos LC, Andrade J, Spiri WC. Dimensioning of nursing professionals: implications for the work process in the family health strategy. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(3):e20180348. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0348>
14. Rodrigues AL, Torres FBG, Gomes DC, Carvalho DR, Santos EAP, Cubas MR. Workflow and decision making of operating room nurses: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020; 41:e20190387. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190387>
15. Oliveira JLC, Maia MCW, Magalhães AMM, Moraes RMR, Santarem MD, Aquino TLO, et al. Benchmarking of quality indicators and dimensioning of nursing staff among hospital units. *Rev Baiana Enferm*. 2020; 34:e37756. doi: <https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.37756>
16. Asem N, Sabry HA, Elfar E. Patient safety: knowledge, influence and attitude among physicians: an exploratory study. *J Egypt Public Health Assoc*. 2019; 94:22. doi: <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0022-9>
17. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(supl1):577-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>
18. Garcia FT, Oliveira CA. Self-reported index of the orthopedic surgery team on the surgical safety checklist and implementation protocol. *Cogitare Enferm*. 2018; 23(1):52013. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52013>
19. Santana HT, Rodrigues MCS, Evangelista MSN. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. *BMC Res Notes*. 2016; 9:276. doi: <http://doi.org/10.1186/s13104-016-2078-3>
20. Ezzeddine SH. Patient safety: nursing education to practice. *J Perioper Crit Intensive Care Nurs*. 2017; 3(2):1-5. doi: <https://doi.org/10.4172/2471-9870.10000139>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons