

PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORES PRÁTICAS: AVALIAR A ADESÃO DO USO DO CHECKLIST CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE

Mágda Letícia Pereira Pedroso¹, Adriana Gracietti Kuczmainski², Arnildo Korb², Danielle Bezerra Cabral³

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro de Educação Superior do Oeste, PIVIC/UDESC

²Professor do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior do Oeste/UDESC

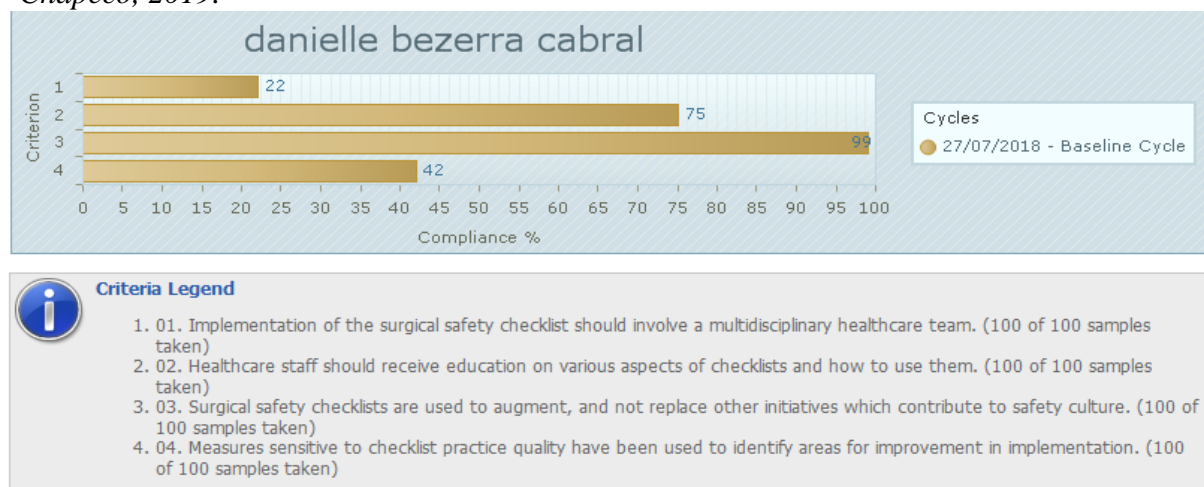
³Orientador, Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior do Oeste/UDESC –
dannycabral@hotmail.com

Palavras-chave: Checklist, Prática Baseada em Evidências, Centro Cirúrgico.

Objetivou-se contribuir na promoção do uso seguro do checklist no CC de um hospital brasileiro de médio porte fundamentado na Prática Baseada em Evidências (PBE) e assim, atingir uma conformidade no total preenchimento da lista. Tratou-se de um projeto de implementação de evidências, que utilizou a ferramenta do Joanna Briggs Instituto (JBI) de auditoria e feedback “Practical Application of Clinical Evidence System” e “Getting Research into Practice”, envolvendo três etapas: estabelecimento de uma equipe para o projeto e realizar uma auditoria de base, de acordo com os critérios baseados em evidência estabelecidos pelo JBI; avaliação dos resultados da auditoria de base, elaboração e implementação de estratégias para abordar as não conformidades identificadas na auditoria de base e realização da auditoria de seguimento para avaliar os resultados das intervenções implementadas para melhorar a prática e identificar futuras práticas a serem tratadas em auditorias subsequentes. A amostra de conveniência foi composta pela observação direta de 100 cirurgias de pacientes adultos submetidos a cirurgias eletivas nas sete salas operatórias do hospital em estudo, e, também, observou se a equipe reconhece a importância do uso do checklist. Os resultados das auditorias, antes e depois da implementação das melhores práticas, foram apresentados em valores percentuais para cada critério auditado, permitindo, assim verificar o impacto deste projeto na prática clínica. Os resultados da auditoria de base, na adesão ao uso do checklist seguro, identificou que apenas os critérios 2 e 3 tiveram alta conformidade (75% a 99%) com as melhores práticas, sendo que os critérios 1 e 4 tiveram baixa adesão, com frequência de 22% a 42% (**Figura 1**). Os resultados evidenciaram ainda que a comunicação potencializou nas falhas identificadas do processo de cirurgia segura no *time out*. Esses resultados da auditoria de base foram apresentados a equipe de pesquisa e, logo discutidos, com a equipe cirúrgica, os obstáculos ou impedimentos quanto a adesão ao uso do checklist, de forma a melhorar a conformidade para cada critério auditado por meio da ferramenta GRIP (**Quadro 1**). Dentre as barreiras superadas destacamos a falha no registro completo do checklist, o conhecimento insatisfatório dos itens dessa lista nos momentos *sign in*, *time out* e *sign out*, a comunicação verbal deficiente do cirurgião na pausa cirúrgica com o paciente, a impressão inadequada do checklist e necessidade de modificar a estruturação do conteúdo e layout do mesmo. Na auditoria de pós-implementação, os resultados mostraram-se satisfatórios (**Figura 2**), em relação a auditoria de base. Houve um aumento nas taxas de conformidade para todos os critérios, especificamente ao 100% de conformidade dos critérios relacionados a impressão e inserção correta do checklist nos prontuários dos pacientes, nas 100 observações cirúrgicas

analisadas. Diante dos resultados obtidos, ocorreu um treinamento individual, *in loco*, com a equipe cirúrgica, em cada sala operatória sobre a importância à adesão ao seu uso. Houve, então o reconhecimento na completude do preenchimento do checklist. Entretanto, não obtivemos o envolvimento integral do cirurgião na pausa operatória, com 48% nesse item. Considerando que esse momento na lista de verificação cirúrgica é primordial para minimizar pontos críticos da cirurgia, esperou-se que após a implantação da residência uni e multiprofissional no hospital de estudo e a aquisição da ferramenta up to date, a equipe cirúrgica consuma as evidências produzidas na prática clínica nos próximos anos de assistência cirúrgica. Conclui-se que os métodos auditivos foram parcialmente alcançados e que a não obtenção de 100% de conformidade nos critérios auditados são ocasionados por uma assistência de prática empírica e ritualística. Espera-se que os profissionais de prática clínica consumam as evidências científicas produzidas e as interpretam seguramente, com incentivo das chefias quanto a orientação e treinamento com a equipe. Ainda, há necessidade de fomentar uma cultura de PBE no serviço hospitalar de forma a obter uma excelência na assistência cirúrgica. Um fator limitante é que não obtivemos o envolvimento integral do cirurgião na pausa operatória, sendo esse momento primordial para minimizar pontos críticos da cirurgia. Planos e ideias futuros foram discutidos com a equipe e sendo construído em conjunto uma possível inserção no serviço. Outras auditorias precisarão ser realizadas para manter a mudança de prática e garantir que o projeto seja apoiado e mantido diuturnamente.

Fig. 1: *Frequência da auditoria de base do Centro Cirúrgico de um hospital de médio porte. Chapecó, 2019.*



Quadro 1: *Ferramenta Getting Research into Practice (GRiP) do Instituto Joanna Briggs. Chapecó, 2019.*

Barreira	Estratégia	Recursos	Resultados
Falha no registro completo da lista de verificação cirúrgica	Treinamentos individuais sobre a importância do registro completo, da assinatura e carimbo do profissional nos três momentos do checklist.	- Computador, papel A4, impressora	-100% dos membros da equipe foram treinados e reconheceram a importância do registro completo do checklist.
Conhecimento insatisfatório dos itens do checklist nos momentos do <i>sign in</i> , <i>time out</i> e <i>sign out</i> .	-Treinamentos individuais, com atenção nas áreas de maior dificuldade de compreensão do checklist nos momentos do <i>sign in</i> , <i>time out</i> e <i>sign out</i> .	-Computador, papel A4, impressora	- 100% dos circulantes receberam treinamento para cada item do checklist, nos momentos do <i>sign in</i> , <i>time out</i> e <i>sign out</i> .
Tempo hábil para preenchimento completo do checklist pelo circulante	-Treinamento individual sobre a importância do preenchimento completo do checklist, ao circulante -Informação e apresentação de dados gráficos com os resultados analisados sobre a falta de tempo para o preenchimento completo do checklist à coordenadora de enfermagem do CC	-Computador, papel A4, impressora	-Na auditoria de seguimento, 92% dos circulantes reconheceram a importância de preencher de forma consciente o checklist em tempo hábil da cirurgia.
Comunicação verbal deficiente do cirurgião na pausa cirúrgica com o paciente	-Informação e apresentação dos dados gráficos com os resultados da auditoria de base para a coordenadora de enfermagem do CC e a mesma apresentou esses resultados ao chefe de cirurgia	-Computador, papel A4, impressora	-A partir da observação direta na auditoria de seguimento obteve-se 48% de conformidade no que se refere a comunicação do cirurgião com o paciente na pausa cirúrgica.
Impressão inadequada da lista de verificação cirúrgica	-Articulação junto à equipe de Tecnologia de Informação (TI) e equipe de enfermagem do CC sobre a qualidade de impressão da lista de verificação cirúrgica inserida no prontuário do paciente	Computador, papel A4, impressora	-100% de disponibilidade de impressão completa da lista de verificação cirúrgica.

Necessidade de modificar a estruturação do conteúdo e layout do checklist	-Discutido cada item com a equipe de enfermagem e anestesistas e proposto um novo modelo de checklist	-Computador, papel A4, impressora	- O novo modelo de checklist ainda não foi implementado.
---	---	-----------------------------------	--

Fig. 2: *Frequência da auditoria de base e de seguimento do Centro Cirúrgico de um hospital de médio porte. Chapecó, 2019.*

