


# Adesão de conformidade ao *Checklist* de Segurança Cirúrgica na Cesárea\*

## Compliance with the Cesarean Surgical Safety Checklist

### Como citar este artigo:

Boeckmann LMM, Rodrigues MCS, Oliveira CM. Compliance with the Cesarean Surgical Safety Checklist. Rev Rene. 2020;21:e43912. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143912>

 Lara Mabelle Milfont Boeckmann<sup>1</sup>  
 Maria Cristina Soares Rodrigues<sup>1</sup>  
 Cesar Messias de Oliveira<sup>2</sup>

\*Extraído da tese intitulada “Segurança da gestante na cesárea: uma análise da aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica em um hospital público do Distrito Federal”, Universidade de Brasília, 2016.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília.  
Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup>University College London.  
Londres, Inglaterra, Reino Unido.

### Autor correspondente:

Lara Mabelle Milfont Boeckmann  
Universidade de Brasília, Departamento  
de Enfermagem, Faculdade de Ciências de Saúde.  
Campus Universitário Darcy Ribeiro s/n  
CEP: 70910-900. Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: laramilfont@gmail.com

### Chamada Especial 1 - Saúde Materna e Obstétrica

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a adesão de conformidade aos procedimentos de equipes de saúde em cesáreas. **Métodos:** estudo transversal, descritivo e analítico, realizado em Centro Obstétrico de hospital público, com 220 cesáreas. Empregaram-se o teste *Tukey* e a Análise de Variância, considerando significância de 5%. **Resultados:** a idade média das pacientes foi de 28,8 anos ( $\pm 6,06$ ). As principais indicações para cesárea foram: sofrimento fetal (12,8%), diabetes gestacional (9,5%), iteratividade (9,2%), cesárea prévia (8,2%) e pré-eclâmpsia grave (5,9%). Constataram-se ausência de condutas unificadas e incipiente comunicação entre os profissionais. As taxas de adesão de conformidade das equipes aos itens do *Checklist* das Dimensões A, B e C foram, respectivamente, 36,0%, 11,1% e 50,0%. **Conclusão:** evidenciou-se baixa adesão das equipes aos procedimentos de segurança cirúrgica em cesáreas.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Cesárea; Lista de Verificação; Enfermagem Obstétrica.

### ABSTRACT

**Objective:** to verify compliance with the procedures of health teams in cesarean surgery. **Methods:** cross-sectional, descriptive and analytical study, performed in an Obstetric Center of a public hospital, with 220 cesarean surgeries. The Tukey test and the Analysis of Variance were used, considering a significance of 5%. **Results:** the mean age of the patients was 28.8 years ( $\pm 6.06$ ). The main indications for cesarean surgery were: fetal distress (12.8%), gestational diabetes (9.5%), interactivity (9.2%), previous cesarean surgery (8.2%) and severe pre-eclampsia (5.9%). There was an absence of unified conduct and incipient communication among professionals. The compliance rates of the teams' compliance with the items in the Checklist for Dimensions A, B and C were, respectively, 36.0%, 11.1% and 50.0%. **Conclusion:** there was a low compliance of teams to surgical safety procedures in cesarean surgeries.

**Descriptors:** Patient Safety; Cesarean Section; Checklist; Obstetric Nursing.

## Introdução

No Brasil, dados demonstram ocorrência de cerca de 1,6 milhões de cesarianas por ano, atingindo 56,0% de partos no país<sup>(1)</sup>. Essa tendência, também, é crescente em todo o mundo, com maiores taxas na América Latina e Caribe (40,5%), acompanhada da América do Norte (32,3%), Oceania (31,1%), Europa (25%), Ásia (19,2%) e África (7,3%), quando a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que o total não ultrapasse 10,0%<sup>(1-2)</sup>. Quando bem indicada, a cesárea salva vidas, contudo, o procedimento poderá elevar a morbimortalidade materna, associando-se ao risco aumentado de infecção, ruptura uterina, placentação anormal, parto prematuro, dentre outras<sup>(3-4)</sup>.

Para prevenir complicações e incidentes, o Brasil aderiu, em 2008, ao Protocolo e *Checklist* de Cirurgia Segura da OMS. A adesão a este instrumento demonstrou ser eficaz em diversos países, ao estimular equipes cirúrgicas globalmente a padronizar procedimentos de segurança, pautados nas melhores evidências científicas e reduzir complicações e incidentes a pacientes<sup>(5)</sup>. Com vistas a seguir a recomendação da OMS, para adaptação do *Checklist* às diversas localidades existentes, este foi ajustado e validado para cesárea no Brasil, por ser cirurgia frequentemente realizada que eleva os riscos de morbimortalidade materna<sup>(6)</sup>. Ao considerar a importância que o *Checklist* de Segurança Cirúrgica na Cesárea<sup>(6)</sup> representa para realidade brasileira, pretendeu-se com este estudo verificar a aplicação desse instrumento, a fim de evidenciar em detalhes a situação da unidade de saúde investigada, norteado pela questão: qual a adesão das equipes aos itens do *Checklist*? Assim, objetivou-se verificar a adesão de conformidade aos procedimentos de equipes de saúde em cesáreas.

## Métodos

Estudo transversal, descritivo e analítico, realizado em Centro Obstétrico de hospital público, no Distrito Federal, Brasil. A amostra foi aleatória, cujo

cálculo considerou um Intervalo de Confiança (IC) de 95%, resultando em 220 cesáreas. Os dados foram obtidos de março a junho de 2015.

Incluíram-se no estudo gestantes submetidas à cesárea, a partir de 18 anos de idade, com qualquer diagnóstico médico, extração ou não de peças anatómicas, e/ou intercorrências secundárias. Excluíram-se cesáreas *post-mortem* e procedimentos sem o consentimento de membros das equipes cirúrgicas e/ou das gestantes.

Aplicou-se o *Checklist* de Segurança Cirúrgica na Cesárea, oriundo de pesquisa metodológica, com triangulação de dados. Envolveram-se 43 profissionais, oito juízes para validação de conteúdo e aparente, empregando-se a técnica Delphi. Para validação semântica, participaram outros 35 da equipe cirúrgica de um hospital público do Distrito Federal, Brasil. Utilizou-se do coeficiente de confiabilidade ao instrumento, apresentando validade e confiabilidade com índice de validade de conteúdo geral de 0,9 e concordância interavaliadores de 1. O coeficiente total do alfa de *Cronbach* foi 0,86<sup>(6)</sup>.

Variáveis referentes à idade e indicação da cesárea foram pesquisadas, e os 26 itens do *Checklist* de Segurança Cirúrgica na Cesárea, distribuídos em três dimensões que versam sobre o transoperatório, a saber: os itens A1 a A11 (Dimensão A) referem-se às ações realizadas antes da indução anestésica e ao planejamento pré-operatório; os itens B12 a B20 (Dimensão B), aos procedimentos realizados antes da incisão cirúrgica e contemplam a checagem dos itens da fase anterior; e os itens C21 a C26 (Dimensão C) consideram as ações sobre o planejamento pós-anestésico, antes de a paciente sair da sala de operações<sup>(5-6)</sup>.

Uma das pesquisadoras aplicou o instrumento por meio da técnica de observação não participante, de acordo com recomendação da OMS, em que uma única pessoa deve executar o *Checklist* de Segurança Cirúrgica<sup>(5)</sup>. Cesáreas foram acompanhadas nos três turnos de trabalho e em todos os dias da semana. A observação das práticas dos profissionais era realizada e os procedimentos do *Checklist* eram checados pela pesquisadora que interagiu apenas para explicação do

estudo e apresentação dos termos de consentimento.

As três dimensões de análises foram comparadas por uma média dos itens que foram adequadamente cumpridos. Ponderou-se taxa de pelo menos 80,0% de conformidade. Calcularam-se os indicadores de conformidade das três dimensões e em separado para cada um dos instrumentos. Encontraram-se indicadores de conformidade e respectivas médias para as dimensões A, B e C. Deste modo, foi possível relacionar os dias da semana, enumerados de 1 a 7 (de domingo a sábado), e períodos do dia de 1 a 3 (manhã, tarde e noite, respectivamente), com o desempenho das equipes.

Por ocasião da coleta de dados, observou-se que as equipes trabalhavam em regime de plantões fixos, distribuídos nos dias da semana e nos períodos diurnos e noturnos. Deste modo, surgiu o interesse em pesquisar possíveis associações entre os dias da semana e períodos do dia, em relação à adesão de conformidade das equipes ao *Checklist*, a partir dos indicadores das três dimensões de análise. Os dados foram analisados pelo software *The R Project for Statistical Computing*, versão 3.1, e *Statistical Package for the Social Science*, versão 22. Consideraram-se o nível de significância de 5% e IC de 95%. A partir dos indi-

cadores de conformidade, compararam-se os resultados, empregando-se a Análise de Variância (ANOVA) e o teste *Tukey*. O Comitê de Ética em Pesquisa, da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde, do Distrito Federal, assentiu o estudo, conforme parecer nº 901.713/2014, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 38102614.3.0000.5553, sendo a pesquisa conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

## Resultados

Observaram-se 220 cesáreas de mulheres com idade média de 28,8 anos ( $\pm 6,06$ ). Os procedimentos foram recomendados por 46 motivos diversos e realizados por indicação obstétrica, sendo as cinco principais: sofrimento fetal, 39 (12,8%); Diabetes mellitus gestacional, 29 (9,5%); iteratividade, 28 (9,2%); cesárea anterior, 25 (8,2%); e pré-eclâmpsia grave, 18 (5,9%). As demais, 81 (54,4%), corresponderam a: desproporção céfalo-pélvica, falhas na indução do trabalho de parto, gestação pós-termo, apresentação pélvica, entre outras. Quanto à aplicação do *Checklist*, evidenciaram-se conformidades e não conformidades das equipes cirúrgicas (Tabelas 1 e 2).

**Tabela 1** – Distribuição porcentual de itens em conformidade e não conformidade da Dimensão A do *Checklist* (n=220). Brasília, DF, Brasil, 2015

*Itens	Dimensão A	†EC	‡NC
A1	Paciente confirmou identidade (pulseira de identificação e prontuário).	0	100,0
A2	Paciente confirmou procedimento.	100,0	0
A3	Paciente confirmou sítio cirúrgico.	0	100,0
A4	Os Termos de Consentimento Informados (parto e anestesia) foram assinados pela paciente.	0	100,0
A5	Os equipamentos: fontes de gases, aparelho de anestesia, monitor multiparamétrico, bisturi elétrico, aspiradores e focos foram verificados, testados e/ou repostos.	14,5	85,5
A6	Medicamentos e materiais foram verificados, conferidos e/ou repostos.	58,6	41,4
A7	A checagem para segurança anestésica foi concluída.	17,3	82,7
A8	A paciente possui alergia conhecida?	98,6	1,4
A9	O anestesista avaliou se há via aérea difícil/risco de aspiração? E solicitou equipamentos/assistência disponíveis?	5,5	94,5
A10	Verificado acesso venoso adequado.	100,0	0
A11	Há risco significativo de perda sanguínea, e planejamento para fluidos e/ou hemocomponentes e/ou derivados.	87,5	12,5

\*Os itens A1 a A11 pertencem à Dimensão A – antes da indução anestésica; †EC: em conformidade; ‡NC: não conformidade

**Tabela 2** – Distribuição percentual de itens em conformidade e não conformidade das Dimensões B e C do *Cheeklist* (n=220). Brasília, DF, Brasil, 2015

*Itens	Dimensões B e C	†EC	‡NC
B12	Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função.	0	100,0
B13	Obstetras, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: identificação, sítio cirúrgico e procedimento.	0	100,0
B14	Os obstetras revisam se há etapas críticas e duração da cesárea.	1,4	98,6
B15	A equipe de anesthesiologia revisa se há alguma preocupação específica em relação à paciente.	8,6	91,4
B16	A enfermagem revisa se os materiais, instrumentais e compressas estão presentes e dentro do prazo de esterilização, incluindo resultado do indicador.	0	100,0
B17	Há questões relacionadas aos equipamentos ou quaisquer preocupações?	91,8	8,2
B18	A placa de bisturi foi colocada e comunicada à equipe?	48,6	51,4
B19	A enfermagem conta as compressas, confere o número de instrumentais e de agulhas antes da incisão.	0	100,0
B20	A profilaxia antimicrobiana foi realizada 1 hora antes do parto cesáreo.	0	100,0
C21	As pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido foram colocadas e checadas, conforme norma do serviço.	100,0	0
C22	O profissional da equipe cirúrgica confirma verbalmente qual foi o procedimento cirúrgico realizado.	7,3	92,7
C23	O profissional de enfermagem ou o obstetra confirma verbalmente se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.	0	100,0
C24	Houve amostra para anatomia patológica proveniente da cesárea? Se sim, foi armazenada e rotulada conforme normas do serviço?	100,0	0
C25	A enfermagem identifica se há algum problema com equipamento para ser resolvido?	94,5	5,5
C26	A equipe cirúrgica revisa preocupações essenciais para recuperação e manejo da paciente no pós-parto.	2,7	97,3

\*Os itens B12 a B20 pertencem à Dimensão B – antes da incisão cirúrgica, e os itens C21 a C26 pertencem à Dimensão C – antes de a paciente sair da sala de operação; †EC: em conformidade; ‡NC: não conformidade

Referente à confirmação da identidade da paciente, verificou-se que a totalidade das gestantes não portava pulseira de identificação. Os procedimentos foram confirmados, ao contrário do sítio cirúrgico e das assinaturas dos termos de consentimento. A checagem dos equipamentos e a segurança anestésica limitaram-se, na maior parte, à testagem das fontes de gases e do monitor multiparamétrico, sendo o oxímetro de pulso conferido na totalidade dos procedimentos. Quanto aos medicamentos e materiais, tais recursos foram conferidos em mais da metade das cesáreas.

A pesquisa de alergia conhecida foi realizada em quase todas as cesáreas, contudo, a avaliação da via aérea previamente à anestesia, foi verificada em poucas pacientes. As punções venosas ocorreram adequadamente e sem incidentes. No tocante ao manejo do risco de perda sanguínea, com o planejamento para fluidos e concentrados de hemácias, a conformidade foi considerada para quase totalidade dos casos.

Verificou-se que os profissionais não se apresentavam e nem conferiam verbalmente a identificação da paciente, o procedimento a ser realizado e o sítio cirúrgico. Também não havia concordância com o preconizado sobre a revisão de etapas críticas, duração da cesárea e da revisão do anestesista de alguma preocupação específica, sendo este item cumprido em poucas cesáreas.

Constatou-se a inconformidade na totalidade da amostra, quanto à revisão dos materiais, instrumentais e compressas, bem como para os prazos de validade e esterilização, incluindo resultados do indicador, sendo tais itens avaliados de forma parcial. Com relação aos cuidados na colocação da placa de bisturi, a conformidade foi parcial, pois foi fixada, porém, a ação não foi informada. Também, os trabalhadores não realizaram o cômputo de compressas, instrumentais e agulhas antes e após as cesáreas. Acerca da antibioterapia, em todos os casos, foi administrada minu-

tos antes da incisão cirúrgica ou logo após a anestesia, portanto, não ocorreu conforme o preconizado.

Concernente à identificação da mãe e do recém-nascido, em todas as pacientes, as pulseiras foram conferidas e colocadas. Sobre a confirmação do procedimento realizado ao final, esta aconteceu em poucas cesáreas. Referente ao acondicionamento de espécimes, verificou-se a conformidade. Também, problemas com equipamento e/ou materiais foram apropriadamente reportados pelas equipes, contrapondo-se à revisão de preocupações essenciais no pós-parto que, na maioria das cesáreas, revelou precariedade nas orientações à equipe e à paciente.

Ao ponderar percentual de pelo menos 80,0% de conformidade, constatou-se que as equipes executaram 36,0% dos itens da Dimensão A, 11,1% da B e 50,0% da C. Assim, obteve-se resultado não favorável à adesão de conformidade das equipes aos itens do *Checklist*.

Os indicadores de conformidade das Dimensões A, B, e C foram calculados para cada instrumento, ou seja, para cada uma das cesáreas. Encontraram-se 220 indicadores de conformidade. Estabeleceram-se as médias dos indicadores das Dimensões: A (0,45), B (0,17) e C (0,51). Em seguida, utilizou-se da ANOVA e, posteriormente, do teste *Tukey*. A ANOVA aplicada entre os indicadores (A, B e C) e os dias da semana evidenciou os valores: A ( $p=0,007$ ), B ( $p=0,754$ ) e C ( $p=0,428$ ). Entre os indicadores, A, B e C e os períodos do dia, verificaram-se os valores: A ( $p=0,013$ ), B ( $p=0,210$ ) e C ( $p=0,349$ ).

De acordo com os *p*-valores, verificaram-se diferenças significativas para o indicador da Dimensão A e, contrariamente, as Dimensões B e C que não apresentaram significância estatística. O teste *Tukey* comparou todos os dias da semana e períodos relativos à manhã, tarde e noite, relacionados à adesão de conformidade, a partir do indicador A. Assim, as equipes apresentaram maior adesão de conformidade nas sextas-feiras, em relação às terças-feiras ( $p=0,009$ ). Também, constatou-se que as cesarianas realizadas à noite apresentaram menos conformidades do que aquelas realizadas à tarde ( $p=0,009$ ).

## Discussão

Consideram-se como limitações deste estudo as características próprias de um estudo transversal. Os dados foram coletados em um grupo de pacientes e em único momento, não se tendo resultados do uso do *Checklist*, após implementação de treinamentos para aplicação, acompanhamento e avaliação quanto à utilização. Ademais, todos os achados não são passíveis de generalização, no entanto, estes podem contribuir para reforçar o uso do *Checklist* de Segurança Cirúrgica na Cesárea, no serviço investigado, e, porventura, em outros hospitais brasileiros.

Como contribuições, os resultados evidenciados indicam que o uso do *Checklist* possui utilidade e aplicação no campo da saúde pública, considerando-se a qualidade e segurança que o instrumento pode proporcionar para prática assistencial em obstetrícia. Deste modo, este estudo traz à luz reflexão e discussão para gestores institucionais, no sentido de introduzir o *Checklist* de Segurança Cirúrgica na Cesárea como instrumento essencial para o cuidado seguro. Portanto, os resultados apresentados são parâmetros para um diagnóstico situacional que pode influenciar na tomada de decisão, no planejamento em saúde, bem como na prática clínica das equipes cirúrgicas. As evidências podem contribuir para implantação do *Checklist* no serviço pelos profissionais envolvidos, o que possibilitará comparar futuros resultados que demonstrem melhorias para segurança das pacientes.

Referente ao perfil obstétrico da amostra estudada, pesquisa sobre as indicações de cesáreas em hospitais brasileiros revelou achados semelhantes aos do presente estudo, com maiores proporções para sofrimento fetal, iteratividade, síndromes hipertensivas e cesárea anterior<sup>(7)</sup>.

Quanto à aplicação do *Checklist*, na etapa antes da indução anestésica, as equipes não seguiram as recomendações de revisar com a paciente a identificação e a aplicação dos termos de consentimento, divergindo dos achados de estudo brasileiro que apresentou 78,0% de conformidade na identificação,



58,2% na confirmação da identificação em prontuário e 94,4% de conformidade para aplicação dos termos de consentimento. Contudo, quanto à confirmação do procedimento, os resultados se assemelharam com 94,9% de conformidade<sup>(8)</sup>.

Relativo à conferência dos itens de segurança anestésica, a não conformidade e parcialidade dos itens refletiu a não valorização das equipes para tais práticas. Achados semelhantes foram encontrados com conformidade parcial dos itens de *Checklist* de Segurança Cirúrgica inferior a 95,0%, nos itens relativos à checagem dos cirurgiões, etapa crucial para prevenção de hemorragias e utilização de hemocomponentes, no entanto, apresentou melhores resultados do que no presente estudo<sup>(9)</sup>.

No momento da “pausa cirúrgica”, conforme resultados apresentados, a checagem foi parcial ou inexistente, com relação à conformidade dos itens, similarmente aos resultados de pesquisa brasileira que avaliou a conformidade da execução do *Checklist* de Segurança Cirúrgica, em 431 cirurgias pediátricas. A checagem dos itens foi inexistente ou parcial para as etapas críticas. Constatou-se, também, que a contagem de compressas e/ou instrumentais não foram verificadas na maioria das cirurgias, com apenas 13,2% de conformidade, configurando-se conduta de risco para esquecimento e retenção de corpos estranhos<sup>(10)</sup>. Outro estudo<sup>(11)</sup>, que consultou 2.872 cirurgiões brasileiros, identificou que 43,0% deles teriam esquecido algum corpo estranho na cavidade de pacientes, devido à omissão de conformidade de protocolos de segurança. Tais eventos adversos aconteceram, sobretudo, em cesáreas e colecistectomias.

No tocante à realização da terapia antimicrobiana, em todas as cesáreas, não foram consideradas as evidências científicas, que mostram que o risco é mais elevado de desenvolver infecção após a cesárea. Contrapondo-se a esse resultado, estudo brasileiro revelou que a conformidade no cumprimento do item ocorreu em 82,7% das cirurgias realizadas<sup>(10)</sup>.

Em relação à checagem das pulseiras de identificação da genitora e do neonato, verificou-se total

adesão dos profissionais de enfermagem a este item. Resultados semelhantes apontaram 93,4% de conformidade das pulseiras em gestantes e puérperas, no entanto, com relação à identificação do recém-nascido, identificaram-se 69,0% de conformidade<sup>(12)</sup>. Destaca-se que o processo de identificação envolve a colocação da pulseira, a verificação da integridade, a legibilidade da informação e a verificação antes de procedimentos<sup>(13)</sup>.

A respeito da confirmação verbal da cirurgia realizada, os achados apontaram preocupação das equipes em confirmar o procedimento apenas quando houve adição da laqueadura e ooforectomia, sendo recomendada a confirmação em todas as situações. Sobre a identificação e o armazenamento de peças anatómicas extraídas, outro estudo<sup>(14)</sup> apontou que 27,6% delas não foram adequadamente identificadas, as quais poderiam ter resultado em diagnósticos errados e/ou atrasos na terapêutica. No entanto, no presente estudo, não se identificaram incidentes relacionados a esse item. As amostras foram devidamente identificadas, corroborando a evidência de conformidade em 97,3% de pesquisa brasileira que avaliou a adesão aos itens do *Checklist* de Segurança Cirúrgica<sup>(9)</sup>.

Ao término da cesárea, recomenda-se que a equipe reporte equipamentos defeituosos, evitando problemas para as próximas cirurgias, no qual a conformidade foi obtida na maior parte da amostra, similarmente a outro estudo brasileiro conduzido no centro cirúrgico<sup>(9)</sup>. No entanto, sobre a revisão de preocupações essenciais para recuperação no pós-parto, assim como os resultados evidenciaram baixa adesão de conformidade, do mesmo modo, pesquisa<sup>(15)</sup>, na Inglaterra, constatou apenas 21,0% de conformidade na adesão da equipe cirúrgica.

Diante dos resultados, verificou-se que persistem desafios para adoção do *Checklist* nos serviços de saúde. Constatou-se precária comunicação entre os membros das equipes, itens cruciais não estavam em conformidade, informações essenciais não foram compartilhadas e ausência de condutas unificadas, comprometendo a qualidade da assistência. A comu-

nicação é fundamental para passagem segura e eficaz de cuidados críticos entre equipes. Logo, problemas na comunicação podem ser controlados com melhorias no processo de trabalho e pelo uso de *checklists*. Resultado de pesquisa em 30 unidades de cuidados críticos, na Inglaterra, revelou que de 23.818 incidentes, em torno de 1.694 (7,1%) foram devido a falhas na comunicação. Os incidentes com danos aconteceram principalmente quando os pacientes foram transferidos e as informações comunicadas a outras equipes<sup>(16)</sup>.

Reitera-se que, em todas as cesáreas, observou-se significativa dificuldade de comunicação entre os membros das equipes, além da constatação da não assimilação das práticas recomendadas. Reforça-se que o uso do *checklist* pode estimular a comunicação e o processo de trabalho no ambiente cirúrgico<sup>(17-18)</sup>, bem como em centros obstétricos, visto que o emprego dessas ferramentas na assistência obstétrica tem comprovado melhora da comunicação e redução de incidentes<sup>(19)</sup>.

A significância estatística observada referente à adesão de conformidade da equipe aos itens do *Checklist* pode conduzir à construção de nova hipótese de pesquisa que investigue a carência de protocolos e o uso de *checklists* como fatores que possam influenciar na adesão, haja vista a ausência de condutas unificadas das equipes. Adicionalmente, futuros estudos podem pesquisar outros aspectos que contribuem para não adesão a conformidades, como os efeitos da privação de sono entre profissionais que trabalham em período noturno.

Revisão sistemática conduzida na Irlanda, que analisou 33 estudos, identificou que a privação do sono afetou a habilidade técnica em cirurgias entre 11,9% e 32%, com impacto negativo em ambiente simulado, padronizado com prováveis implicações clínicas para segurança do paciente<sup>(20)</sup>. Outros fatores interferem negativamente na adesão aos itens do *Checklist*, dentre estes, a escassez de treinamentos e avaliações que podem ajudar a identificar problemas, e variações na implantação e prática dos profissionais<sup>(15)</sup>.

É importante destacar que efetiva comunicação entre a equipe e adequada implementação do *Checklist* acarretam diminuição da possibilidade de erros. Diante da discussão dos resultados desta pesquisa com outros estudos apresentados, pode-se generalizar a constatação que uma comunicação incipiente, aliada a uma baixa adesão da equipe cirúrgica, contribuem para ocorrência de eventos adversos no cuidado obstétrico. Neste sentido, reforça-se a necessidade de instrumentos no formato de *checklists* e estratégias que promovam condutas padronizadas e baseadas em evidências científicas para minimizar riscos, a partir de assistência com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais, no centro obstétrico.

## Conclusão

De modo geral, evidenciou-se resultado desfavorável da conformidade aos itens do *Checklist* de Segurança Cirúrgica na Cesárea, considerando-se a taxa de adesão das equipes aos itens recomendados nas Dimensões A, B e C. A pior adesão foi verificada na Dimensão B que envolve práticas realizadas antes da incisão cirúrgica.

Constataram-se práxis profissionais que colocaram pacientes em situação de insegurança. Identificou-se clima propício para ocorrência de incidentes, em ambiente cujos profissionais expressaram incipiente habilidade em se comunicar. Assim, as vulnerabilidades verificadas no processo de trabalho da equipe multiprofissional e discutidas neste estudo referenciam a necessidade de mudanças significativas, para que se possa promover segurança e qualidade na assistência em cesáreas.

## Agradecimentos

Ao Decanato de Pesquisa e Inovação da Universidade de Brasília pelo apoio à publicação concedido por meio do processo nº 23106.054462/2020-16.

## Colaborações

Boeckmann LMM, Rodrigues MCS e Oliveira CM participaram na elaboração do projeto e/ou análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [Internet]. 2015 [cited May 2, 2020]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDTCesariana\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf)
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0148343. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
3. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018; 392(10155):1349-57. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5)
4. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018; 15(1):e1002494. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
5. World Health Organization (WHO). Guidelines for safe surgery. Safe surgery saves lives [Internet]. 2009 [cited Mai 2, 2020]. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/9789241598552/en/](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/)
6. Boeckmann LMM, Rodrigues MCS. Adaptation and validation of a surgical safety checklist in the cesarean delivery. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(3):e27800172016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002780017>
7. Novo JLVG, Pellicciari CR, Camargo LDR, Bálsamo SB, Novo NF. Indications of cesarean births in hospitals affiliate to the Unified Health System: low and high risks. *Rev Fac Ciênc Méd*. 2017; 19(2):67-71. doi: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2017v19i2a48>
8. Magnago TSBS, Lanes TC, Gonçalves NGC, Ongaro JD, Almeida FO, Dalmolin GL. Assessment of adherence to safe surgery checklist in a university hospital. *Rev Enferm UFSM*. 2019; 9(e63):1-12. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769236780>
9. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alves M. Adherence to completion of the safe surgery checklist. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(1):e00046216. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>
10. Almeida RE, Rodrigues MCS. Implementation of the surgical safety checklist for pediatric operations: compliance assessment. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40(esp):e20180270. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180270>
11. Birolini DV, Rasslan S, Utiyama EM. Unintentionally retained foreign bodies after surgical procedures. Analysis of 4547 cases. *Rev Col Bras Cir*. 2016; 43(1):12-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016001004>
12. Tase TH, Tronchin DMR. Patient identification systems in obstetric units, and wristband conformity. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(4):374-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500063>
13. Gomes APTS, Querido DL, Silva GRG, Almeida LF, Rocha RG. The importance of newborn identification to the delivery of safe patient care. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(3):e49501. doi: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.49501>
14. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz EDA. Analysis of the registration and content of surgical safety checklists. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(2):246-51. doi: [10.5935/1414-8145.20150032](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150032)
15. Keijzer WW, Agha RA, Greig A. WHO Safer Surgery checklist compliance amongst paediatric emergency plastic surgery patients in an UK hospital. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017; 21:49-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2017.07.049>
16. Thomas AN, MacDonald JJ. Patient safety incidents associated with failures in communication reported from critical care units in the North West of England between 2009 and 2014. *J Intensive Care Soc*. 2016; 17(2):129-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1751143715626938>



17. Burgener AM. Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *Health Care Manager*. 2017; 36(3):238-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HCM.0000000000000165>
18. Tostes MF, Haracemiw A, Mai LD. Surgical safety checklist: considerations on institutional policies. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1):203-9. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160027>
19. Boeckmann LM, Rodrigues MC. Surgical safety in cesarean section: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(4):758-66. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.4108>
20. Whelehan DF, McCarrick CA, Ridgway PF. A systematic review of sleep deprivation and technical skill in surgery. *Surgeon*. 2020; 20:30015-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.01.004>



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