

Cirurgia segura em pediatria: aplicação na prática do *Checklist* Pediátrico para Cirurgia Segura¹

Maria Paula de Oliveira Pires²
Mavilde L. G. Pedreira³
Maria Angélica Sorgini Peterlini³

Objetivos: avaliar a aplicação na prática do *Checklist* Pediátrico para Cirurgia Segura no período pré-operatório e verificar a satisfação da família quanto ao uso do material. Método: estudo exploratório, no qual se visou analisar o uso do *checklist* por crianças que seriam submetidas a intervenções cirúrgicas, sendo a amostra constituída por 60 crianças pré-escolares a adolescentes e 60 familiares. As variáveis relacionaram-se à caracterização demográfica, preenchimento do *checklist* e satisfação dos familiares, sendo avaliadas por meio da análise estatística descritiva e inferencial. Resultados: a maioria (71,7%) das crianças era do sexo masculino, com mediana de idade de 7,5 anos. Identificou-se consecução do *checklist* em 65,3% dos itens, 30,0% não foram preenchidos devido à não execução da equipe e 4,7% por motivos das crianças e familiares. Na análise de associação, verificou-se que o item da retirada de adornos ($p=0,008$) foi mais checado por crianças com maior média de idade. Quanto à satisfação, os familiares avaliaram o material como ótimo (63,3%) e bom (36,7%) e acreditaram que houve redução de ansiedade na criança (83,3%). Conclusão: o uso do *checklist* na prática clínica pode colaborar para mudanças nos serviços de saúde com relação à cultura de segurança e promover satisfação dos clientes.

Descritores: Segurança do Paciente; Enfermagem Pediátrica; Cuidados Pré-Operatórios.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Cirurgia Segura em Pediatria: Elaboração e Validação de Checklist de Intervenções Pré-operatórias", apresentada à Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 476088/2010-0.

² Doutoranda, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professor Assistente, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:

Maria Paula de Oliveira Pires
Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem
Rua Napoleão de Barros, 754
Vila Clementino
CEP: 04024-002, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: ma_paulinha@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Em maio de 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e aos Estados Membros, foi criada a Resolução nº55.18, que destaca questões relacionadas à segurança do paciente, culminando com a criação, em outubro de 2004, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. A Aliança tem como um dos objetivos incentivar o cuidado seguro, por meio de boas práticas assistenciais e promover programas voltados à segurança do paciente para serem incorporados em instituições de saúde⁽¹⁾.

Entre esses programas destaca-se o enfoque na segurança em procedimentos cirúrgicos, devido ao número elevado de ocorrência de erros e eventos adversos relacionados. A fim de prevenir tais danos, a OMS instituiu, em 2008, manual contendo uma lista de verificação para cirurgia segura, denominada, na língua inglesa, *Surgical Safety Checklist*⁽²⁾. Após o lançamento em nível mundial, diversos estudos avaliaram a eficácia do material, demonstrando redução, tanto de mortalidade perioperatória, como das complicações no período pós-operatório⁽³⁻⁴⁾. Destaca-se o estudo que avaliou 7.688 pacientes antes e depois da utilização do *checklist* e confirmou redução de 36,0% em complicações graves e 47,0% de mortalidade⁽³⁾.

Em 2013, o Ministério da Saúde constituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de incentivar o cuidado seguro nas instituições de saúde, por meio do uso de protocolos, contendo boas práticas assistenciais voltadas à segurança do paciente, dentre eles há o protocolo de cirurgia segura⁽⁵⁾.

Esses instrumentos direcionam-se a medidas de segurança no período intraoperatório, contudo, sabe-se da importância dos períodos pré e pós-operatório para a segurança do paciente.

Em pediatria, há escassez de dados relacionados ao uso de *checklists* para realização de intervenções e de preparo das crianças e famílias durante intervenções em saúde. A inclusão da família no fornecimento de informação e no preparo da criança para o procedimento cirúrgico é relevante, devendo ser fundamentado na segurança do paciente e redução da ansiedade dos mesmos⁽⁶⁾.

Estudos avaliaram as respostas emocionais das crianças submetidas à cirurgia e identificaram nível de ansiedade no período pré-operatório bastante elevado, estimado entre 40 e 75%, principalmente relacionado ao medo do desconhecido nos momentos que antecedem a cirurgia, podendo resultar em alterações futuras de comportamento⁽⁷⁻⁸⁾.

Outra campanha da OMS, denominada "Paciente para a Segurança do Paciente", revela a importância da participação do paciente na promoção de sua própria segurança, tendo como pressuposto que, quando o paciente é partícipe no processo de cuidado, por meio de prática colaborativa e cuidado centrado no paciente, esse se torna capaz de promover sua própria segurança no sistema de saúde^(1,9). No entanto, muitos fatores dificultam tal participação, especialmente em sistemas de saúde nos quais culturalmente a autonomia do paciente se contrapõe à atitude paternalista e de resistência do profissional da saúde na tomada de decisão compartilhada, e, quando se trata de paciente pediátrico, o respeito à autonomia torna-se um desafio⁽¹⁰⁾.

Com o intuito de promover a participação colaborativa da criança, família e equipe na segurança do paciente pediátrico, foi elaborado um *Checklist* Pediátrico para Cirurgia Segura (CPCS), validado em conteúdo e construído. A finalidade desse material foi promover a dupla checagem entre crianças e familiares juntamente com a equipe, certificando-se que ações pré-operatórias, consideradas relevantes para cirurgia segura, fossem realizadas, por meio da identificação da presença ou ausência de ações necessárias para a promoção da segurança do paciente⁽¹¹⁾.

Portanto, os objetivos desta pesquisa foram avaliar a aplicação na prática do CPCS no período pré-operatório e verificar a satisfação da família quanto ao uso do material.

Material e Método

Estudo exploratório no qual se visou avaliar a aplicação na prática do CPCS⁽¹¹⁾, um material previamente validado em conteúdo e construído, a fim de analisar seu uso por crianças submetidas a intervenções cirúrgicas e seus familiares.

O local escolhido para a investigação foi uma unidade de cirurgia pediátrica de um hospital universitário da cidade de São Paulo. Na unidade em estudo, realizavam-se cirurgias de diversas especialidades, de pequeno, médio e grande porte.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (nº2114/11) e a coleta de dados ocorreu entre outubro de 2012 e janeiro de 2013. Para a formação da amostra, definiram-se como critérios de inclusão a internação na unidade para intervenção cirúrgica, crianças pré-escolares e adolescentes, com condições de desenvolvimento e clínicas que permitissem utilizar o material, que assentissem em realizar a pesquisa e cujos pais concordassem com a participação. Foram

utilizados os critérios de não inclusão crianças que internaram no período da tarde ou noite, e como critérios de exclusão crianças cujas cirurgias fossem canceladas e que retirassem o consentimento do responsável ou assentimento da criança em participar da pesquisa. Ao final do período de estudo a amostra foi composta por 60 crianças e 60 familiares.

Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura

O *Checklist* Pediátrico para Cirurgia Segura (CPCS) é composto por 12 itens relacionados às intervenções a serem realizadas em crianças no período pré-operatório, por meio de linguagem infantil e formato lúdico. Possui desenhos que podem ser pintados e um espaço a ser assinalado pela criança e família com a letra "X" ou mesmo por meio da pintura, conforme as ações forem sendo realizadas pela equipe. O *checklist* segue em forma de caminho a ser percorrido pela criança, desde a internação até o encaminhamento ao centro cirúrgico, contemplando, assim, o período pré-operatório⁽¹¹⁾.

O CPCS foi ludicamente denominado de "O Caminho para Minha Cirurgia". Os 12 itens contidos no *checklist* são: meu nome é, cheguei ao hospital (data: __/__/__), ganhei uma pulseira com meu nome, a enfermeira me explicou o que ocorrerá comigo aqui no hospital, a enfermeira me perguntou se tenho ou não alergias, a enfermeira me falou que eu não posso comer nem beber nada, hoje é o dia da minha cirurgia, a enfermeira me perguntou se tenho ou não dente mole, me pediram para tirar brincos/anéis/*piercing*/aparelhos, tomei banho, meu médico mostrou para mim e minha família onde será feita a cirurgia e tchau! estou indo para a cirurgia daqui a pouco⁽¹¹⁾.

Aplicação na prática do CPCS

Para a coleta dos dados, foram elaborados três instrumentos com a finalidade de contemplar as variáveis da pesquisa, um referente às variáveis relacionadas às características demográficas da criança e da família, outro às ações relacionadas ao CPCS e o terceiro sobre a satisfação da família quanto ao uso do *checklist*.

As variáveis relacionadas à caracterização demográfica da amostra incluíram gênero, idade, escolaridade, grau de parentesco do acompanhante e internações anteriores. Dos 12 itens que o compõem o CPCS, 11 foram incluídos na análise, pois o último (Tchau! Estou indo para a cirurgia daqui a pouco) referia-se ao fechamento do *checklist* e não abrange

ação direcionada a promover segurança da criança no período pré-operatório. Para a análise, foram utilizadas as categorias: item preenchido, item não preenchido e item não executado pela equipe. Em situações nas quais se identificou que o item não foi preenchido, questionou-se o motivo.

Com relação à satisfação da família, as variáveis foram categorizadas por meio da escala de Likert e incluíram: satisfação global com o uso do *checklist*, satisfação por permitir acompanhar os cuidados da criança, percepção sobre a satisfação da criança, percepção sobre a redução da ansiedade da criança, clareza das informações, uso prévio de materiais semelhantes ao apresentado no estudo e facilidade na compreensão e de preenchimento do *checklist*.

A aplicação dos instrumentos supracitados foi realizada por um pesquisador, por meio da apresentação do estudo e instrumentalização das crianças e familiares para o uso do CPCS no momento da internação ou em período mais próximo da cirurgia. Antecedendo a coleta dos dados, a equipe foi orientada sobre a utilização do *checklist* e realizou-se pré-teste, a fim de avaliar os instrumentos. Após as adequações necessárias, a coleta dos dados foi iniciada.

Assim que ocorria a internação da criança na unidade em estudo, por meio da apresentação da pesquisa à mesma e ao seu familiar, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, após as assinaturas, as crianças e seus acompanhantes recebiam o CPCS para preenchimento, ganhavam um conjunto de lápis de cor para pintar as figuras, e eram orientados quanto ao recolhimento do *checklist*.

Antecedendo a ida ao centro cirúrgico, em média uma hora antes, o CPCS era recolhido e realizava-se entrevista com o familiar, verificando o preenchimento do *checklist* e a satisfação.

Os dados obtidos foram armazenados em banco de dados eletrônico, submetidos a tabulação em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel® e, posteriormente, analisados. Foi realizada análise descritiva dos dados, sendo computadas as variáveis quantitativas por meio da média, Desvio-Padrão (dp), mediana e quartis, e, para as variáveis qualitativas, a frequência absoluta(n) e relativa(%). Na análise de associação, utilizou-se o teste exato de Fisher e o teste *t* para duas amostras, por meio do programa Minitab®, versão 16.1.

Adotou-se nível de significância de 5% e valores de níveis descritivos iguais ou inferiores a esse valor ($p \leq 0,05$) foram considerados estatisticamente significantes.

Resultados

Os resultados relacionados à caracterização demográfica das crianças e dos familiares estão apresentados na Tabela 1, na qual se pode verificar que a maioria das crianças era do sexo masculino, e a idade variou de três a 16 anos, com mediana de 7,5 anos. Mais da metade das crianças encontrava-se no ensino fundamental. Quanto aos familiares, quase a totalidade era do sexo feminino e, em sua maioria, eram mães, a idade variou de 20 a 64 anos, com mediana de 37 anos, e a escolaridade mais frequente foi ensino médio.

Por meio da Tabela 2, pode-se verificar a aplicabilidade do material. Do total de 660 possíveis preenchimentos relacionados aos 11 itens do *checklist*, identificou-se que, aproximadamente, dois terços foram preenchidos (65,3%). No questionamento do não preenchimento (4,7%), as crianças e familiares relataram que houve falta de tempo para preencher, falta de interesse ou não lembrou o motivo. Verificou-se, ainda, que, para praticamente um terço dos itens (30,0%) do material, não houve a execução da atividade pela equipe.

As correlações entre o preenchimento das ações do *checklist* e as características das crianças e famílias estão apresentadas nas Tabelas 3 e 4. Foram excluídos os itens dos quais os motivos justificados pelas crianças e familiares relacionavam-se à não execução da atividade pela equipe e os que não apresentavam casuística significativa, resultando na análise inferencial de cinco itens.

Por meio da Tabela 3, é possível observar que não houve diferença estatística significativa entre as variáveis gênero e escolaridade da criança, realização de cirurgia, escolaridade e parentesco do familiar ($p > 0,05$) com o preenchimento dos cinco itens analisados do material.

A Tabela 4 mostra a comparação das médias de idade das crianças e familiares que preencheram ou não os itens contidos no *checklist*. Apenas no item "Me pediram para tirar brincos/anéis/*piercings*/aparelhos", associado à idade da criança, obteve-se diferença estatística significativa ($p \leq 0,05$), demonstrando que as crianças com maior média de idade preencheram mais esse item do que aquelas com menor média.

Com relação ao uso de material semelhante ao apresentado no presente estudo, apenas um (1,7%) familiar referiu já ter tido contato anterior. A totalidade dos familiares considerou que o CPCS é um material facilmente compreensível e grande parte (98,3%) relatou ter tido facilidade no preenchimento do mesmo.

O estudo da satisfação quanto ao uso do CPCS é demonstrada na Tabela 5. Verificou-se que a maioria (63,3%) dos entrevistados avaliou de uma maneira geral o *checklist* como ótimo. Grande parte dos mesmos referiu ser ótimo (53,3%) e bom (45,0%) poder acompanhar os cuidados da criança por meio do uso do material, bem como destacaram a satisfação da criança como ótima (50,0%) ou boa (45,0%). Na mesma proporção, a maior parte (83,3%) dos entrevistados relatou clareza nas informações e verificou redução da ansiedade da criança.

Tabela 1 – Caracterização demográfica das crianças e dos familiares (N=60). São Paulo, SP, Brasil, 2013

Variáveis relacionadas às crianças	n (%)	Variáveis relacionadas aos familiares	n (%)
Gênero		Gênero	
Masculino	43 (71,7)	Feminino	58 (96,7)
Feminino	17 (28,3)	Masculino	2 (3,3)
Idade (anos)		Idade (anos)	
Mediana (Q1–Q3)*	7,5 (4–10)	Mediana (Q1–Q3)*	37 (33–43)
Mín–Máx†	3–16	Mín–Máx†	20–64
Escolaridade		Escolaridade	
Ensino fundamental	35 (58,3)	Ensino médio	28 (46,7)
Pré-escola	16 (26,7)	Ensino fundamental	23 (38,3)
Ensino médio	3 (5,0)	Superior	9 (15,0)
Não estuda	6 (10,0)	Grau de parentesco	
Internações anteriores		Mãe	53 (88,3)
Não	44 (73,3)	Avós e bisavós	6 (10,0)
Sim	16 (26,7)	Pai	1 (1,7)

* 1º Quartil - 3º Quartil

† Idade Mínima–Máxima

Tabela 2 – Ações do *checklist*, segundo preenchimento ou não preenchimento pela criança ou familiar, ou não execução da ação pela equipe de saúde (N=60). São Paulo, SP, Brasil, 2013

Itens do <i>checklist</i>	Preenchido	Não preenchido	Não executado
	N (%)	N (%)	N (%)
Meu nome é	59 (98,3)	1 (1,7)	-
Cheguei ao hospital	58 (96,7)	2 (3,3)	-
Hoje é o dia da minha cirurgia	55 (91,7)	5 (8,3)	-
Ganhei uma pulseira com meu nome	52 (86,7)	4 (6,7)	4 (6,6)
A enfermeira me explicou o que ocorrerá comigo aqui no hospital	48 (80,0)	2 (3,3)	10 (16,7)
A enfermeira me perguntou se tenho ou não alergias	48 (80,0)	5 (8,3)	7 (11,7)
A enfermeira me falou que eu não posso comer nem beber nada	47 (78,3)	4 (6,7)	9 (15,0)
Tomei banho	26 (43,3)	1 (1,7)	33 (55,0)
A enfermeira me perguntou se tenho ou não dente mole	14 (23,3)	1 (1,7)	45 (75,0)
Me pediram para tirar brincos/anéis/ <i>piercing</i> /aparelhos	13 (21,7)	4 (6,7)	43 (71,6)
Meu médico mostrou para mim e minha família onde será feita a cirurgia	11 (18,4)	2 (3,3)	47 (78,3)
Total	431 (65,3)	31 (4,7)	198 (30,0)

Tabela 3 – Associação entre o preenchimento dos itens do *checklist* e as características da criança e familiar. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Itens*	Gênero da criança n(%)		Escolaridade da criança n (%)		Internações anteriores n (%)		Realização da cirurgia n (%)		Escolaridade do familiar n (%)		Grau de parentesco do familiar n (%)	
	Feminino	Masculino	NE+PE†	EF+EM‡	Sim	Não	No dia	Dia seguinte	EF§	EM+S	Mãe	Outros
1 (n=56)												
Sim	16 (100,0)	36 (90,0)	17 (89,5)	35 (94,5)	15 (100,0)	37 (90,2)	38 (90,5)	14 (100,0)	20 (95,2)	32 (91,5)	46 (93,8)	6 (85,7)
Não	-	4 (10,0)	2 (10,5)	2 (5,5)	-	4 (9,8)	4 (9,5)	-	1 (4,8)	3 (8,5)	3 (6,2)	1 (14,3)
p¶		0,314		0,598		0,564		0,562		1,000		0,423
2 (n=53)												
Sim	14 (93,3)	34 (89,5)	18 (94,7)	30 (88,2)	12 (92,3)	36 (90,0)	36 (92,3)	12 (85,7)	17 (85,0)	31 (94,0)	43 (91,5)	5 (83,3)
Não	1 (6,7)	4 (10,5)	1 (5,3)	4 (1,8)	1 (7,7)	4 (100,0)	3 (7,7)	2 (14,3)	3 (15,0)	2 (6,0)	4 (8,5)	1 (16,7)
p¶		1,000		0,643		1,000		0,598		0,353		0,465
3 (n=51)												
Sim	12 (92,3)	35 (92,1)	16 (88,8)	31 (94,0)	13 (100,0)	34 (89,5)	37 (92,5)	10 (91,0)	16 (88,8)	31 (94,0)	42 (91,3)	5 (100,0)
Não	1 (7,7)	3 (7,9)	2 (11,2)	2 (6,0)	-	4 (10,5)	3 (7,5)	1 (9,0)	2 (11,2)	2 (6,0)	4 (8,7)	-
p¶		1,000		0,607		0,561		1,000		0,607		1,000
4 (n=60)												
Sim	15 (88,2)	40 (93,0)	19 (86,3)	36 (94,7)	15 (93,7)	40 (91,0)	42 (91,3)	13 (92,8)	21 (91,3)	34 (91,8)	48 (90,5)	7 (100,0)
Não	2 (11,8)	3 (7,0)	3 (13,7)	1 (5,3)	1 (6,3)	4 (9,0)	4 (8,7)	1 (7,2)	2 (8,7)	3 (8,2)	5 (9,5)	-
p¶		0,615		0,345		1,000		1,000		1,000		1,000
5 (n=17)												
Sim	6 (85,7)	7 (70,0)	2 (50,0)	11 (84,6)	2 (66,7)	11 (78,5)	8 (80,0)	5 (71,5)	4 (66,6)	9 (81,8)	12 (80,0)	1 (50,0)
Não	1 (14,3)	3 (30,0)	2 (50,0)	2 (15,4)	1 (33,3)	3 (21,5)	2 (20,0)	2 (28,5)	1 (33,4)	2 (18,2)	3 (20,0)	1 (50,0)
p¶		0,602		0,218		1,000		1,000		0,584		0,426

* Itens do *checklist*: 1.Ganhei uma pulseira com meu nome; 2.A enfermeira me perguntou se tenho ou não alergias; 3.A enfermeira me falou que eu não posso comer nem beber nada; 4.Hoje é o dia da minha cirurgia; 5.Me pediram para tirar brincos/anéis/*piercings*/aparelhos

† Não estuda e pré-escola

‡ Ensino fundamental e ensino médio

§ Ensino fundamental

|| Ensino médio e superior

¶ Teste exato de Fisher

Tabela 4 – Associação entre o preenchimento dos itens do *checklist* e a idade da criança e familiar (N=60). São Paulo, SP, Brasil, 2013

Itens do <i>checklist</i>	Idade da criança (anos)			Idade do familiar (anos)		
	P*	NP†	p‡	P*	NP†	p‡
Ganhei uma pulseira com meu nome (n=56)	7,8 (3,3)	6,2 (3,2)	0,399	37,9 (9,0)	41,3 (16,0)	0,707
A enfermeira me perguntou se tenho ou não alergias (n=53)	7,4 (3,4)	9,0 (2,7)	0,296	37,5 (8,9)	36,4 (10,3)	0,817
A enfermeira me falou que eu não posso comer nem beber nada (n=51)	7,4 (3,0)	7,5 (3,7)	0,996	37,0 (9,1)	33,7 (6,1)	0,387
Hoje é o dia da minha cirurgia (n=60)	7,6 (0,4)	8,2 (4,9)	0,810	38,1 (9,5)	38,6 (12,3)	0,937
Me pediram para tirar brincos/anéis/ <i>piercings</i> /aparelhos(n=17)	10,6(3,2)	6,5 (1,7)	0,008	36,3 (6,6)	38,3 (13,6)	0,809

* Preenchido (média±desvio-padrão)

† Não preenchido (média±desvio-padrão)

‡ Teste t para duas amostras

Tabela 5 – Satisfação dos familiares quanto ao uso do *checklist* (N=60). São Paulo, SP, Brasil, 2013

Satisfação	N (%)
Global com o <i>checklist</i>	
Ótima	38 (63,3)
Boa	22 (36,7)
Nem boa, nem ruim	-
Ruim	-
Péssima	-
Da criança	
Ótima	30 (50,0)
Boa	27 (45,0)
Nem boa, nem ruim	3 (5,0)
Ruim	-
Péssima	-
Por acompanhar os cuidados da criança	
Ótima	32 (53,3)
Boa	27 (45,0)
Nem boa, nem ruim	1 (1,7)
Ruim	-
Péssima	-
Redução da ansiedade da criança	
Reduziu	50 (83,3)
Às vezes reduziu	5 (8,3)
Não sei	4 (6,7)
Não reduziu	1 (1,7)
Clareza das informações	
Claras	50 (83,3)
Algumas claras outras não	10 (16,7)
Não são claras	-
Não sei	-

Discussão

A estratégia utilizada para a realização de ações pré-operatórias com a finalidade de reduzir riscos à criança foi o emprego do CPCS, formulário no formato de *folder*⁽¹¹⁻¹²⁾. Esse tipo de material apresentou adesão das crianças e familiares no preenchimento, ou seja, no apoio a essa proposta de participação, por meio da checagem de cada item, após ser realizado pela equipe. Porém, quando não preenchido pela criança ou por seu familiar, esse fato poderia estar relacionado à não execução da ação pela equipe. Na vigência de tal situação, os familiares e crianças não solicitavam à equipe que realizasse o cuidado. Houve apenas um familiar que se dirigiu até a equipe e requereu a execução, nesse caso a realização do banho, pois compreendeu que havia a necessidade desse cuidado no período pré-operatório, conforme constava no *checklist*.

Durante a apresentação do CPCS aos familiares e criança não foi feita referência em relação a se questionar a equipe para a execução das atividades contidas no *checklist*, por não ser o objetivo do estudo. Vários fatores podem influenciar a não realização de alguns itens pela equipe, como o número reduzido de profissionais, a sobrecarga de

atividades, o número elevado de pacientes, bem como a falta de interação da equipe com a criança e família.

O uso do *checklist* pode ser um facilitador dessa interação, pois, à medida que o paciente e sua família são orientados sobre o que deve acontecer no período pré-operatório, e possuir um local para registrar essas ações, como ocorre com o CPCS, há a possibilidade de tomada de decisão compartilhada com a equipe.

Estudo de revisão, realizado em 2014, verificou que crianças que foram orientadas sobre o período pré-operatório obtiveram redução no nível de ansiedade, porém, essa redução estava relacionada, principalmente, às crianças com idade superior a 4 anos⁽¹³⁾. Contudo, há a recomendação de que o preparo deve ocorrer para crianças de qualquer idade, visto que esse pode ser realizado por diferentes métodos, aumentando o conhecimento da situação a ser vivenciada pela criança e família e promovendo distração dos mesmos⁽¹⁴⁾.

Apesar do nível de ansiedade não ter sido avaliado na presente investigação, por meio de escalas específicas, indagou-se sobre a percepção da família quanto à ansiedade da criança, revelando que grande parte referiu que as crianças não apresentaram características que demonstravam esse sentimento.

Esses resultados corroboraram os de pesquisa realizada em três hospitais de Lisboa, no ano 2013, onde ficou demonstrado que o fornecimento de materiais pré-operatórios às crianças de 8 a 12 anos de idade, contendo informações educacionais, reduziram as preocupações das mesmas quando comparadas às que não tiveram nenhum preparo⁽¹⁵⁾.

Destaca-se, ainda, que os pais das crianças que são orientadas sobre esse período também apresentam menores níveis de ansiedade⁽¹³⁾. A inserção da família no cuidado pré-operatório, não apenas pode satisfazê-la como, ainda, gerar sentimentos de segurança e comprometimento no processo. Em pesquisa realizada em Dublin, com a participação dos pais durante o emprego do *checklist*, proposto pela OMS, no momento que antecede a indução anestésica, verificou-se que não houve prejuízo no desenvolvimento da cirurgia, bem como reduziu a ansiedade dos familiares, já que 97% referiram sentir-se tranquilizados por estarem próximos das crianças. O estudo sugeriu que os pais fossem sempre envolvidos no cuidado das crianças e que os profissionais considerassem esse processo como obrigatório, sendo bom para a equipe, criança e família⁽¹⁶⁾. Uma cultura de segurança necessita, portanto, evoluir nesse cuidado juntamente com a equipe⁽⁶⁾.

Ao analisar o preenchimento do CPCS, verificaram-se itens que não foram realizados pela equipe em mais de 50%

das crianças e que poderiam trazer riscos à segurança das mesmas. Dentre esses estavam a identificação de dentes amolecidos, retirada de adornos, banho pré-operatório e lateralidade da cirurgia.

Crianças na faixa etária que compuseram a amostra do estudo estão em fase de troca de dentes, sendo de extrema importância que se realize a verificação de dentes amolecidos, a fim de evitar o desprendimento do mesmo no momento da intubação intratraqueal, para os pacientes que são submetidos a anestesia geral⁽¹⁷⁾.

Com relação ao item retirada de adornos, vale ressaltar que, com frequência, os pré-adolescentes e adolescentes utilizam esse tipo de acessório, havendo a necessidade de orientação para a retirada, pois possibilita a prevenção da ocorrência de queimadura durante o emprego do bisturi elétrico, garroteamento de dedo e possibilidade de perda⁽¹⁸⁾.

Outro item relevante é a realização do banho pré-operatório, a fim de prevenir infecções em sítio cirúrgico, consideradas as maiores fontes de morbimortalidade entre os pacientes submetidos a cirurgias, aumentando o tempo de internação e o custo do procedimento⁽¹⁹⁾. Conforme protocolo institucional, o banho deveria ocorrer seis horas antes da cirurgia com uso de germicida, porém, nas cirurgias eletivas, a criança, geralmente, tomava banho em sua residência. Todavia, o intervalo entre o banho e a cirurgia excedia o preconizado e a equipe não questionava o horário do banho, apenas se o mesmo havia sido realizado.

Já em relação à lateralidade, estabelece-se que o local a ser operado seja demarcado, principalmente aqueles com estruturas múltiplas, durante a consulta pré-operatória e pré-anestésica, sendo essa atividade fundamental para o cuidado seguro e de qualidade, incluindo a confirmação do paciente, local e procedimento correto, para evitar possíveis erros nos locais cirúrgicos, visto que a repetição de informações auxilia na segurança do procedimento⁽²⁾. Em um estudo anterior, a falta de participação da equipe nessa etapa ocorreu em 3,6% dos casos⁽²⁰⁾.

Sabe-se da dificuldade encontrada na adesão da equipe de saúde para a utilização de novos instrumentos, como já demonstrado em pesquisas relacionadas ao uso do *Safety Surgical Checklist*⁽²¹⁻²²⁾, porém, devido à relevância desses na segurança e redução de erros e eventos adversos na saúde, por meio da dupla checagem e confirmação de tarefas essenciais a serem executadas⁽²⁾, espera-se que, gradativamente, os profissionais, juntamente com o auxílio das instituições de saúde, busquem esforços a fim de promover o comprometimento da cultura de segurança do paciente cirúrgico.

Já foi demonstrado em estudo na área pediátrica que o uso do *checklist*, sugerido pela OMS, pode contribuir para melhorar a segurança do paciente, pois verificaram que com a adesão à lista foi possível detectar e prevenir erros humanos, mau funcionamento de equipamentos e, ainda, identificar áreas que precisavam de reforço, reorientação e modernização⁽²⁰⁾.

Dessa mesma forma, o presente estudo buscou fornecer subsídio para a melhoria dessa prática, oferecendo informações não só aos familiares, mas, também, às crianças, quanto aos cuidados pré-operatórios para sua segurança, obtendo participação no uso do *checklist*.

Portanto, identificou-se que o CPCS pode ser material capaz de informar e preparar crianças e familiares para procedimentos cirúrgicos, paralelamente às orientações e atividades da equipe, proporcionando cuidado seguro e de qualidade. Todos os envolvidos no cuidado podem auxiliar a criança no processo de adaptação e melhoria da saúde⁽²³⁾.

O estudo possui limitações quanto à análise da aplicabilidade prática do *checklist*, devido ao tamanho da amostra, realização em centro único, possuir itens não checados pela criança e família pelo fato de não terem sido realizadas pela equipe e necessidade de comprovar seu efeito na redução de eventos adversos que podem comprometer a segurança do paciente. Contudo, destaca-se o caráter inovador e a possibilidade da ampliação do uso do material, permitindo validar sua utilidade como instrumento que introduz a criança e família no processo de cuidado e tem potencial para aumentar sua segurança durante a realização de intervenções cirúrgicas.

Conclusão

A aplicação na prática do *Checklist* Pediátrico para Cirurgia Segura demonstrou que houve participação das crianças e familiares no preenchimento dos itens. A diferença no preenchimento e as características das crianças e familiares foi significativa em apenas um item que se relacionava à retirada de adornos e a idade, em que aquelas com média de idade maior realizaram mais preenchimentos que as demais. Acredita-se que o CPCS pode contribuir para a sistematização da assistência e dupla checagem, desde que todos os envolvidos compreendam a necessidade de executar as atividades relacionadas ao período. Identificou-se interesse no preenchimento pelas crianças e familiares, bem como maior satisfação dos familiares e redução da ansiedade nas crianças. Dessa forma, o material pode ser colaborador para que se iniciem mudanças relacionadas à cultura de segurança do paciente

pediátrico, promovendo comprometimento de todos os envolvidos no processo e promovendo sua satisfação.

Referências

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008–2009. Geneve: WHO; 2008.
2. World Health Organization (WHO). The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneve: WHO; 2009.
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Safe surgery saves lives study group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
4. De Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, Den Outer AJ, Van Andel G, Van Helden SH, et al; SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med*. 2010;363(20):1928-37.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [Acesso 14 jun 2014]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
6. Corbally MT, Tierney E. Parental involvement in the preoperative surgical safety checklist is welcomed by both parents and staff. *Int J Pediatr*. 2014;2014:791490.
7. Vagnoli L, Caprilli S, Messeri A. Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Paediatr Anaesth*. 2010;20:937-43.
8. Cumino DO, Cagno G, Gonçalves VFZ, Wajman DS, Mathias LAST. Impact of preanesthetic information on anxiety of parents and children. *Rev Bras Anesthesiol*. 2013;63(6):473-82.
9. Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. Brief report: hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *J Gen Inter Med*. 2006;21:367-70.
10. Henriksen K, Oppenheimer C, Leape LL, Hamilton K, Bates DW, Sheridan S, et al. Envisioning Patient Safety in the Year 2025: Eight Perspectives. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. [Acesso 14 set 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43618/>
11. Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Safe pediatric surgery: development and validation of preoperative interventions checklist. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(5):1080-7.
12. Inott T, Kennedy BB. Assessing Learning Styles: practical tips for patient education. *Nurs Clin North Am*. 2011;46(3):313-20.
13. Copanitsanou P, Valkeapää K. Effects of education of pediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety - a systematic review. *J Clin Nurs*. 2014; 23(7-8):940-54.
14. Broering CV, Crepaldi MA. Psychological preparation and stress of children undergoing surgery. *Psicol Estud*. 2011;16(1):15-23.
15. Fernandes SC, Arriaga P, Esteves F. Providing preoperative information for children undergoing surgery: a randomized study testing different types of educational material to reduce children's preoperative worries. *Health Educ Res*. 2014; 29(6):1058-76.
16. van Klei WA, Hoff R, van Aarnhem EE, Simmermacher RK, Regli LP, Kappen TH, et al. Effects of the introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on in-hospital mortality: a cohort study. *Ann Surg*. 2012;255(1):44-9.
17. Yasny JS. Perioperative dental considerations for the anesthesiologist. *Anesth Analg*. 2009;108:1564-73. In: Bejeh MIR, Karim P, Arash P. *Neglected Orodonal Facts during General Anesthesia and Intensive Care Unit Admission in Pediatric Population*. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(6):849-51.
18. Christoforo BEB, Carvalho DS. Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):14-22.
19. Dias GA. Prophylactic antibiotic therapy and/or therapeutic in patients undergoing plastic surgery: a necessity? *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(3):423-7.
20. Oak SN, Dave NM, Garasia MB, Parelkar SV. Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. *J Postgrad Med*. 2015;61(2):92-4.
21. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(3):191-7.
22. Cunat C, Flatin V, Viale JP. Stratégie de déploiement de la check-list dans un CHU. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011;30:484-8.
23. Knoerl AM, Esper KW, Hasenau SM. Cultural Sensitivity in Patient Health Education. *Nurs Clin North Am*. 2011;46(3):335-40.

Recebido: 19.12.2014

Aceito: 19.6.2015