
CIRURGIA SEGURA E USO DO CHECKLIST: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS

Alessandra Guimarães Mello¹

Graduada em Enfermagem pela Libertas Faculdades Integradas

Iácara Santos Barbosa Oliveira²

Mestre pela EERP-USP e Professora da Libertas Faculdades Integradas

Natássia Lopes Queiroz Ferreira³

Mestre pela EERP-USP e Professora da Libertas Faculdades Integradas

Walsete de Almeida Godinho Rosa⁴

Mariana Gondim Mariutti Zeferino⁴

Doutoras pela EERP-USP e Professoras da Libertas Faculdades Integradas

RESUMO

Introdução: O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar com o objetivo de realizar cirurgias com intuito de tratar patologias ou realizar diagnósticos, um local de grande circulação da equipe multidisciplinar, tornando o ambiente vulnerável a ocorrência de incidentes, um local de alto risco e susceptíveis a erros, sendo que a maior parte desses erros podem ser evitáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou assim o protocolo Cirurgia Segura salvam vidas, com 10 objetivos, os quais podem diminuir os Eventos Adversos (E.A.) em uma cirurgia. Para alcançar os objetivos designados pela Organização Mundial de Saúde foi recomendado a todas as instituições de saúde, o uso de checklist, sendo desenvolvido o protocolo de cirurgia segura, determinando medidas para reduzir a ocorrência de incidentes, no intuito de aumentar a segurança na realização dos procedimentos através do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, conhecida como checklist. **Objetivo:** conhecer a percepção sobre cirurgia segura e a utilização do checklist, a partir de enfermeiros que atuam em um centro cirúrgico de um hospital do interior de Minas Gerais; entender o que é cirurgia segura na concepção do enfermeiro; identificar as ações do enfermeiro na cirurgia

¹lealessandraguimarães@libertas.edu.br

²iacaraoliveira@libertas.edu.br

³natassiaferreira@libertas.edu.br

⁴marianazeferino@libertas.edu.br



segura e no uso do checklist e identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na abordagem à cirurgia segura e no uso do checklist. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem descritiva, qualitativa, em que para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada e ao derradeiro realizamos interpretação qualitativa do tipo temática dos dados sintetizados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética atendendo a resolução 466/2012 e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados e discussão:** da análise de dados emergiram 4 categorias: Percepção do uso de checklist de cirurgia segura; Conceito de cirurgia segura; Ações na aplicação de checklist de cirurgia segura; Dificuldades na aplicação de checklist de cirurgia segura. Os resultados demonstraram que a percepção de enfermeiros no uso de checklist pela equipe é considerada um documento de respaldo pela instituição, podendo reduzir os riscos aos pacientes que passam por cirurgia. O conceito de cirurgia segura é visto como uma medida que deve ser seguida para que minimizem os riscos dos eventos adversos. As ações acontecem desde a recepção até a saída do paciente operado de acordo com suas necessidades e especificidades. As dificuldades na aplicação de checklist foram a falta de comunicação da equipe, resistência no preenchimento, passando dados importantes despercebidos, podendo aumentar os incidentes. **Considerações finais:** Este estudo serve para investigações científicas, para a compreensão dos erros e dos eventos adversos, para que medidas corretivas sejam tomadas, podendo subsidiar uma boa prática e auxiliando no desenvolvimento de estratégias que garantam uma qualidade na assistência e segurança das pessoas.

Palavras-chave: Cirurgia Segura, Assistência de Enfermagem, Centro-Cirúrgico.

1. INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar com o objetivo de realizar cirurgias, tratar patologias ou realizar diagnósticos. Trata-se de um local de grande circulação da equipe multidisciplinar, tornando o ambiente vulnerável a ocorrência de incidentes, que são definidos de forma não intencional, decorridos da assistência à saúde, resultando de prejuízo, incapacidade, disfunção temporária ou permanente, prolongamento de hospitalização e até mesmo o óbito (BEZERRA et al., 2015).

Dados estatísticos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008 indicaram que foram realizadas 234 milhões de cirurgias no mundo, uma para cada 25 pessoas. Destacando-se que 75% foram realizados nos países desenvolvidos com cerca de 30% da população mundial e que de 7 milhões de pessoas nesses procedimentos, 2 milhões apresentaram complicações, sendo que 50% destas eram consideradas complicações evitáveis,



se fossem seguidos os passos de Cirurgia Segura. De cada 300 pessoas admitidas nos hospitais, uma pessoa morre, sendo que mais de 50% destas pessoas são por consequências de procedimentos cirúrgicos e que poderiam ser preveníveis (FERRAZ, 2009).

Diante desse quadro, a OMS impactou o segundo desafio global, trazendo segurança a pessoa. Destacando-se que cirurgias seguras salvam vidas, envolvendo um conjunto de ações voltadas para a prevenção de Eventos Adversos (E.A.), com a finalidade de trazer uma assistência cirúrgica segura, com monitorização dos indicadores de qualidade (SANTOS; RENNO, 2013).

A OMS preconizou o protocolo Cirurgia Segura salvam vidas, com 10 objetivos essenciais, os quais pode-se destacar: a equipe operará a pessoa certa no local cirúrgico certo; usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege a pessoa da dor; reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda da via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida; estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas; evitará a indução de reações adversas ou reações alérgicas sabidamente de risco a pessoa; usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico; impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas as feridas cirúrgicas; manterá seguro e identificará precisamente, todos os espécimes cirúrgicos e comunicará efetivamente trocará informações críticas para a condição segura de operação (AMAYA et al., 2015).

De acordo com os autores (AMAYA et al., 2015) acrescenta que os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade de volume e resultados cirúrgicos. Para alcançar os objetivos designados pela OMS foram recomendados a todas as instituições de saúde, o uso de checklist, que segue três etapas, antes da indução anestésica, antes do início da cirurgia e antes que a pessoa deixe a sala operatória.

O Ministério da Saúde (MS) desenvolveu e aprovou em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente que instituiu o Protocolo de Cirurgia Segura, determinando medidas para reduzir a ocorrência de incidentes e E.A., no intuito de aumentar a segurança na realização dos procedimentos através do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVSC), conhecida como checklist, desenvolvida pela OMS (BRASIL, 2013).



A LVSC é composta por três etapas como: Identificação (Sign In), Confirmação (Time Out) e Registro (Sign Out). No primeiro momento do checklist, que acontece antes da indução anestésica, é realizada a identificação dos dados e consentimento da pessoa a ser operada, demarcação do local da cirurgia, verificação de segurança anestésica, oximetria de pulso, histórico de alergias, inspeção de via aérea difícil e risco de perda sanguínea. No segundo momento, anterior a incisão cirúrgica, apresentasse os componentes da equipe, confirma-se dados da pessoa pela equipe, possíveis eventos críticos, realização de profilaxia com antibiótico e avaliação de exames de imagem. E no terceiro momento, antes de sair da sala cirúrgica, realiza-se o registro do procedimento feito, faz-se a contagem dos instrumentos, a revisão das medidas para a recuperação pós-operatória, identificação de amostras e problemas com equipamentos (PANESAR et al., 2011).

No Brasil, há uma escassez de trabalhos que analisem a adesão e a experiência do uso do checklist, até ser implantado e aderido esse método, há barreiras para ser utilizado efetivamente, até que se adapte e garanta segurança do paciente (FREITAS et al., 2014).

Diante da ocorrência crescente de E.A., ou seja, de danos não intencionais que trazem como consequência: incapacidade temporária ou permanente e ou prolongamento do tempo de permanência na instituição ou morte, como consequência de um cuidado prestado, enfatizou-se a importância do uso de um checklist baseado nesses 10 itens importantes criados pela OMS, já citados anteriormente, para que se minimizem os danos preveníveis de um procedimento cirúrgico (ROQUE; 2012).

Objetivou-se de forma geral conhecer a percepção sobre cirurgia segura e a utilização do checklist, a partir de enfermeiros que atuam em um centro cirúrgico de um hospital do interior de Minas Gerais. Os objetivos específicos foram: entender o que é cirurgia segura na concepção do enfermeiro; identificar as ações do enfermeiro na cirurgia segura e no uso do checklist e identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na abordagem à cirurgia segura e no uso do checklist.

2. METODOLOGIA

2.1 Caracterização do Estudo

Para compreensão do uso de checklist para cirurgia segura atribuídos pela equipe do CC foi utilizado um estudo de campo, descritivo, exploratório de abordagem qualitativa.

O estudo de campo colhe informações e conhecimentos sobre um determinado problema, buscando respostas ou hipóteses para comprovar e colher novas informações entre eles consiste na observação de fenômenos tal como ocorrem na realidade estudada. A pesquisa de campo não é apenas uma simples coleta de dados, mas sim um estudo minucioso, o suficiente que deve ser coletado (MARCONI; LAKATOS, 2009).

O intuito dessa pesquisa foi aprimorar as ideias ou descobertas de intuições, enquanto para a pesquisa descritiva o primordial é a descrição das características de determinada população, fenômeno ou a relação entre ela. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões e crenças de uma população (GIL, 2008)

A pesquisa qualitativa responde a questões mais particulares, pois se preocupando, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, isto é, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

As pesquisas exploratórias têm o intuito de esclarecer e modificar conceitos, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

O estudo exploratório é aquele que trabalha com interrogatório de forma direta da pessoa, das quais o comportamento aguarda conhecer. Uma das vantagens da pesquisa exploratória é que esta não precisa de equipamentos especiais para sua realização, tornando-a econômica (GIL, 2008).

Os estudos exploratórios envolvem levantamento documental e bibliográfico e, estudos de casos e entrevistas não padronizadas. Pesquisas exploratórias são desenvolvidas para proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato (GIL, 2008).



A pesquisa qualitativa descreve fenômenos ou a cultura, transmitindo a riqueza da pesquisa, sendo que narrativa é essencial, pois transmite com profundidade o significado dos dados coletados (WOOD; HABER, 2001).

2.2 Contexto da Pesquisa

O estudo foi realizado em um município do interior de Minas Gerais, região sudoeste do Brasil, cujos dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2014 possuía uma população estimada de 64.800 habitantes. Um município tradicionalmente ligado ao campo, com economia diversificando no setor de serviços, indústrias e comércios. Tem um destaque maior para o setor agropecuário.

O CC deste Hospital é constituído de 5 salas operatórias que atendem cirurgias de pequeno, médio e grande porte de diversas especialidades realizando cirurgias eletivas e de urgência. Este hospital realiza cerca de 500 cirurgias ao mês, comportando, atualmente, 5 salas cirúrgicas, sendo uma sala destinada a ortopedia, uma para cirurgia plástica, uma para cirurgias contaminadas, uma para cirurgias cardíacas e uma de emergência, mas que podem ser utilizadas em outras situações conforme necessidade.

2.3 Participantes do estudo

Foram convidados a fazer parte da pesquisa enfermeiros que atuam no CC de um Hospital do município no interior de Minas Gerais. No CC deste hospital há 5 enfermeiros que foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: atuar como enfermeiros no CC há pelo menos um ano e concordar a participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).



2.4 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais – Campus de Passos, atendendo a resolução 466/2012 que regulamenta pesquisa com seres humanos, sendo aprovado com o nº de parecer: 2.894.396.

2.5 Coleta de Dados

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, a qual tem o intuito de compreender o ponto de vista dos participantes do estudo. Essa entrevista abrange questões fechadas e abertas, com flexibilidade, dando liberdade ao entrevistado para expor suas vivências (MINAYO, 2010).

Foi utilizado dois encontros para coleta de dados. O primeiro foi para apresentar a pesquisadora, esclarecer o estudo e sobre a entrevista semi-estruturada e solicitação de consentimento para sua participação e convidar e agendar entrevista.

No segundo encontro, foi usada uma sala cirúrgica que não estava sendo ocupada dentro do CC, a entrevista levou em torno de 15 a 20 minutos, a pesquisadora fez questionamento concedendo aberturas para que falas obtidas fossem contextualizadas e com autorização do entrevistado essas falas foram gravadas para serem transcritas posteriormente, subsidiando a análise de dados.

Este estudo foi fundamentado nas diretrizes que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, após ser autorizado pelo Comitê de ética. Para preservar a privacidade dos sujeitos do estudo foi utilizado pseudônimo com números na apresentação das falas.

2.6 Instrumento

Este instrumento foi elaborado pela pesquisadora baseado em pesquisa de referências literárias, sob as quais, abordavam assuntos relacionados a adesão ao Protocolo de Cirurgia



Segura, que são medidas a serem adotadas, a percepção do enfermeiro em contribuir e colocar em prática o checklist, suas ações desde o recebimento da pessoa que irá operar, até a saída do CC e as dificuldades encontradas na adesão aos protocolos.

O modelo de checklist usado na instituição onde foi feito o estudo, foi idealizado em conjunto pela OMS, com outros países, seguindo os dez objetivos essenciais. A OMS recomenda que o checklist não seja extenso, fácil de ser preenchido e de fácil ação. No Brasil o uso deste, é apenas recomendado, já nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, é de uso mandatório.

2.7 Análise e Interpretação dos dados

Após a transcrição das entrevistas, estas foram submetidas à análise de conteúdo.

“Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicações do conteúdo das mensagens, indicações (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIM, 1979, p. 41 apud MINAYO, 2010, p. 303).

A primeira etapa é a fase de pré-análise, a qual relaciona-se a etapa de organização do material para serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, o investigador deve participar e perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas e elaborar indicadores que orientem na compreensão do material e na investigação final. Essa primeira etapa inclui a leitura flutuante, sendo um conjunto das comunicações, havendo um contato direto do pesquisador com o material de campo, impregnado pelo seu conteúdo. A relação entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema, podendo trazer sugestões que podem ser capazes de ultrapassar à sensação de caos inicial (MINAYO, 2010).

Faz parte ainda desta primeira fase de acordo com a mesma autora acima citada, a Constituição do corpus, que constitui o universo estudado em sua totalidade seguindo as normas de validade qualitativa, chamada exaustividade, a qual, o material foi contemplado levando em consideração todos os aspectos levantados no roteiro. Acrescenta também a essa fase, a representatividade que inclui as características essenciais do universo pretendido e homogeneidade, os quais foram considerados preciosos critérios obedecidos, aos temas tratados e aos atributos dos interlocutores. A Pertinência também é incluída, para que os documentos analisados fossem



adequados, para dar respostas aos objetivos do estudo, consistindo na leitura e na constituição de núcleos de sentido observando a exaustividade, representatividade e homogeneidade (MINAYO, 2010).

A segunda fase trata-se de uma exploração do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto relacionado a caracterização que consiste em um processo de resolução às palavras e expressões significativas, sendo uma etapa delicada com uma abordagem, tensa e rica. A análise temática tradicional trabalha em primeira fase registrando palavras, frases, temas personagens e acontecimentos na pré-análise e em segundo lugar, a escolha de regras de contagem, por meio de codificações e índices quantitativos. E em terceiro lugar, classifica e agrega dados. A terceira fase consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretações. Os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente), a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que colocam as informações obtidas em agrupamentos que foram analisados por análise temática (MINAYO, 2010).

A análise temática é bastante formal, mantendo sua crença na significação da regularidade, usando de conteúdo tradicional as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional, porém com variantes, trabalhando com significados em lugar investindo em interferências estatísticas, na principal valorização os significados é a modalidade de enunciação (MINAYO, 2010).

3. Resultados e Discussão

Os dados foram coletados de outubro a novembro de 2018, sendo um estudo qualitativo, a amostragem possibilitou a construção de 4 categorias que evidenciassem a percepção de enfermeiros sobre cirurgia segura e uso de checklist.

Foram entrevistados 5 enfermeiros, com média de idade entre 26 a 41 anos, sendo 04 enfermeiras e 01 enfermeiro. Em referência ao gênero, o sexo feminino prevalece, sendo 90% dos entrevistados, mulheres.

Referindo-se ao conceito “gênero é uma reunião de espécies entre si, um conjunto de seres que apresentam qualidades semelhantes.” O termo sexo, entende-se como conformações orgânicas distinguindo o macho da fêmea (BUENO, 1975).



O gênero feminino predomina-se na profissão enfermagem, tendo uma relação histórica entre o predomínio e o cuidado, uma atividade referencial da profissão. A divisão social do trabalho, os grupos primitivos responsabilizaram a mulher como responsável por cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes (GONÇALVEZ; SENA, 1998).

Há alguns anos atrás, só havia mulheres enfermeiras, hoje em dia há muitos homens optando por essa profissão, sendo motivados pela existência de maior oferta de trabalho nos hospitais, não se referindo a assistência aos pacientes, mas incluindo também outras áreas ainda prevalecendo em sua maioria mulheres (VARELLA..., 2004).

Quanto ao tempo de atuação no c.c., foram entrevistados os enfermeiros com experiência mínima de 1 ano, todos trabalham há mais de 2 anos, sendo 2 profissionais pós-graduados na área de atuação em central de material de esterilização, urgência e emergência.

Atuaram anteriormente em diversos setores da instituição como clínica médica, UTI adulto, central de material de esterilização, UTI neonatal, dentre outros.

A atuação do enfermeiro no CC, tem se tornado mais complexo a cada dia, pois abrange a área técnica, administrativa assistencial, do ensino e de pesquisa. A integração dessas atividades, os profissionais interagem em vários aspectos, tendo que manter um bom relacionamento interpessoal em uma unidade fechada, estressante e dinâmica. Um assunto abordado nesta unidade é a humanização do cuidado, mas são muitas as dificuldades encontradas, pois vão desde o ensino de aprendizagem das ações que desenvolvem e entre outras atividades que desenvolvem (FONSECA; PENICHE, 2008).

Vivendo num mundo moderno, a enfermagem é uma carreira que exige uma formação universitária. Os enfermeiros estudam muito, fazendo cursos de mestrados e doutorado, assumindo postos nas universidades e suas funções são fundamentais nos hospitais. Não existe a hipótese que possa fazer medicina de ponta, se não tiver um corpo de enfermagem homogêneo e bem preparado (VARELLA..., 2004).

Estudos buscando identificar quais as diferentes formas de cuidar do enfermeiro dentro do CC mostraram a sua relação com a instituição, onde são exercidas suas práticas profissionais, desenvolvem-se estratégias para enfrentar as dificuldades interacionais, controlando o fluxo de pacientes, dos insumos, além de controlar as funções da equipe (SANTOS et AL., 2014).



As ações do enfermeiro têm como finalidade assegurar um serviço de qualidade e o bom funcionamento da instituição (HAUSMANN, 2009).

No âmbito hospitalar, onde este estudo foi realizado, no CC é realizado treinamento de educação continuada com toda equipe. As cirurgias estão sendo monitoradas de acordo com o preenchimento do checklist de cirurgia segura, sendo discutido sobre os incidentes ocorridos para que haja uma melhora contínua do processo.

Este estudo nos traz conhecimentos e informações, sobre os desafios para implantação e adesão do protocolo de cirurgia segura da OMS, o checklist, enfrentados pelos profissionais. Este assunto é pouco explorado, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil (FERRAZ, 2009).

Analisando cuidadosamente os depoimentos cedidos pelos entrevistados, os resultados foram divididos em quatro categorias.

3.1 Percepção do uso de checklist de cirurgia segura

De acordo com as falas dos entrevistados, o uso do checklist de cirurgia segura é percebido como uma ferramenta útil e necessária que contribui para a segurança da pessoa que irá operar e também do profissional no pré, no intra e no pós-operatório. Como mostra as falas abaixo:

“... o uso do checklist é um controle da equipe para realizar a cirurgia certa e segura sem ter problemas durante a cirurgia, antes e depois também.” (E3)

“O checklist possibilitou a equipe ter maior segurança no procedimento cirúrgico, segurança tanto para a equipe, tanto para o paciente (...) proporciona que fazer uma reserva de sangue de UTI, fazer a contagem de compressas, caixas de instrumentais antes e após o procedimento, verificação correta dos anátomos patológicos...” (E1)

A importância de seguir um protocolo de cirurgia segura, utilizando-se do checklist pode proporcionar e minimizar a ocorrência de intervenções erradas nas instituições de saúde. A comunicação multidisciplinar, a demarcação do sítio cirúrgico, a revisão do prontuário, dos equipamentos necessários do procedimento cirúrgico facilita a assistência de enfermagem no c.c., de forma simplificada de qualidade e multidimensional, contribuindo dessa forma para organização



do serviço e estabelecendo o vínculo entre profissionais e a pessoa que irá operar como seguem as falas abaixo

“... a gente faz o relatório bem específico sobre todas as doenças que o paciente apresenta, onde vai ser a cirurgia, quais foram os medicamentos que foram usados ou que ainda está em uso, para poder prever qualquer tipo de intercorrência que possa ter durante a cirurgia.” (E2)

“... a experiência que eu tive foi muito proveitosa, desde a demarcação do membro, e até mesmo a suspensão da cirurgia, por uso de anticoagulante, falta de vaga em UTI, reserva de sangue, exames incompletos. Todos esses itens são conferidos antes de anestésiar o paciente no checklist.” (E5)

No período pré-operatório imediato, constam informações, data, hora, confirmação de sua identidade, sítio cirúrgico, procedimento que será realizado constando os exames pré-operatórios, presença de patologias, alergias, jejum, adornos, próteses dentárias, presença de sondas, aferição de sinais vitais, pulseira de identificação e número da sala operatória (MONTEIRO et al., 2014).

Existem evidências de que o uso do checklist tem sido pouco explorado, principalmente em países de desenvolvimento e na América Latina, por isso a motivação do profissional é importante. Assim, avaliando a utilização dessa ferramenta facilita a identificação de problemas e fatores associados do seu uso, utilizando e explorando a tecnologia, trazendo resultados positivos para a segurança nos procedimentos cirúrgicos (FREITAS et al., 2014).

Segundo o protocolo de cirurgia segura, este tem a finalidade de aumentar a segurança no procedimento realizado no local certo, na pessoa certa, utilizando a lista de verificação do checklist, desenvolvida pela OMS. Este protocolo estabelece que deva ser aferido em todos os estabelecimentos que são realizadas cirurgias, podendo ser organizado e reformado de acordo com a prática local, para que todos se adaptem ao uso de acordo com a realidade do local/instituição (OMS, 2009).

Na assistência cirúrgica, a adesão do checklist tem sido discutida sobre a sua aplicação, considerando ser uma ferramenta imprescindível, pois nela constam itens importantes que a equipe poderia esquecer. No Brasil, há poucos estudos sobre o processo de implantação e de preenchimento adequado de incidentes (FREITAS et al., 2014).

A adesão do checklist pela equipe com a instituição visa aumentar a qualidade dos cuidados servidos a pessoa que irá passar por um procedimento cirúrgico, com a participação de todos e a

colaboração em fazer um protocolo o qual poderá diminuir diversos riscos beneficiando assim quem será operado.

3.2 Conceito de cirurgia segura

De acordo com as falas dos entrevistados, a conceituação de cirurgia segura está relacionada a itens importantes para a segurança na realização de procedimentos que surgiu para implementação de práticas seguras baseadas em evidências para identificar riscos relacionados a procedimentos cirúrgicos. Como é mostrado nas falas seguintes:

“É uma série de medidas de prevenção para não haver erros durante o procedimento pré, no pós e durante o ato cirúrgico.” (E5)

“Cirurgia segura pra mim, já é a confirmação de quem é o paciente, qual o procedimento que ele vai fazer na qual ele não vai precisar de nenhuma intervenção.” (E4)

“Cirurgia segura é trazer segurança e benefícios para a pessoa que vai fazer o procedimento no c.c...” (E3)

Para que reduza os EVAs, que a imprensa tem notificado, situações dramáticas ocorridas, por falta de atenção, tempo da equipe, é necessário que as instituições, as quais são realizados procedimentos cirúrgicos, sigam o modelo do manual de cirurgia segura, para que sejam reduzidos os riscos a pessoa que irá operar, como são relatados:

“A cirurgia segura foi um mecanismo que foi criado de verificação para reduzir os riscos prejudiciais ao paciente, no pré, no inter e no pós-operatório.” (E1)

“Cirurgia segura é um conjunto de métodos utilizados para diminuir os erros relacionados as cirurgias.” (E2)

No ano de 2014, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), criou o manual de cirurgia segura, para que os hospitais brasileiros seguissem o programa de cirurgia segura. Dados foram publicados que demonstraram que as complicações no pós-operatório em pessoas internadas ocorrem em 25% das pessoas. Nos países desenvolvidos quase metade de todos os E.A. em pessoas hospitalizadas estão direcionadas a assistência cirúrgica que é feita de maneira inconsciente, mesmo nos hospitais mais sofisticados. Conferindo esses dados, aumenta a qualidade e segurança das cirurgias e dos procedimentos invasivos que são realizados, assim como o setor de hemodinâmica, endoscopias e radiologias (PASSOS, 2016).



A finalidade deste protocolo serve para que medidas sejam implantadas para diminuir a ocorrência dos incidentes e E.A. e a mortalidade cirúrgica, aumentando a segurança da pessoa que irá operar (BRASIL, 2013).

Um grupo formado por médicos, profissionais da saúde, pacientes e familiares recomenda que tenham uma participação ativa durante o processo de assistência, que haja transparência nas orientações fornecidas, havendo compreensão, no conteúdo dos termos de consentimento esclarecido, a assinatura da família, as orientações pós alta, os receituários e outros. Para a equipe ter resultados positivos, dependeu do seguimento dos processos essenciais descritos na quinta edição do Manual de Padrões de Acreditação, para os hospitais a seguirem, como listados abaixo:

- Marcação do sítio cirúrgico (feito antes do procedimento, onde envolvem lateralidade ou estruturas múltiplas, como dedos, pernas, braços, coluna e rins);
- Verificação pré-operatória (confirmação do paciente, local certo e procedimento certo. Disponibilização de todos os documentos e tecnologia médica necessária);
- Momento do time out, que é conduzido na sala do procedimento cirúrgico, antes de iniciar e com a presença da equipe, verificam-se os pontos do checklist que garantem o local certo, procedimento certo e paciente certo, são verificados e documentados (PASSO, 2016).

É de anseio nacional, que os profissionais da área de saúde, prestem um cuidado com qualidade e segurança na assistência da pessoa que irá operar. Por isso, é necessário que as instituições de saúde implementem o núcleo de segurança do paciente, de acordo com a RDC 36, de 2013, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que contribuirá para reduzir danos e salvar vidas de milhares de pessoas no país.

3.3 Ações na aplicação de checklist de cirurgia segura

De acordo com as falas dos entrevistados as ações são pautadas no preenchimento do checklist e nas ações contidas no antes, durante e depois dos procedimentos cirúrgicos, como evidencia as entrevistas:

“Primeiramente a gente recepciona o paciente. Na recepção já vai entrevistando, faz a anamnese dele, confere demarcação de membros, de lados (...), se tem doenças pregressas, uso de medicações, se tem medicações suspensas (...), retirada de adornos.” (E5)

“As minhas ações são receber o paciente, perguntar se ele está de jejum...” (E3)



O momento de recepcionar a pessoa que irá operar, é muito importante, pois a pessoa chega com medo, ansiedade e dúvidas, sendo importante que se tranquilize a pessoa e se esclareça todas as suas dúvidas e que se inicie o uso do checklist, dando sequência no perioperatório e pós-operatório, conferindo se foi preenchido corretamente, como relata os entrevistados:

“... verificando se foi feito corretamente, se está faltando alguma coisa, também vê a relação de exames que o paciente trouxe, no caso também no uso de opm (órteses, próteses, materiais) e (...), a gente vê a disponibilidade, se tem ou não, a parte médica se está tudo certo, se tem materiais (...), pra não começar uma cirurgia sem ter a disponibilidade desse material.” (E1)

“As minhas ações aqui dentro do c.c., são verificar se o checklist está sendo aplicado de forma correta (...), se realmente as compressas e os instrumentais estão sendo contados corretamente. E também no momento da verificação.” (E2)

Ao recepcionar a pessoa, é confirmado seus dados pessoais, colhido as informações necessárias, demarcado o sítio cirúrgico, revisado as particularidades da pessoa, como alergias, dificuldades respiratórias, risco de aspiração e de perdas sanguíneas importantes. Verificado também o funcionamento dos equipamentos e se possível planejamento de alternativas para uma emergência. Outro dado a serem conferidos é se a esterilização foi feita, se foi feito a antibioticoterapia profilática, se a pessoa veio com os exames, ultrassons, eletrocardiograma, raios-X, dentre outros (CIRUGIA..., 2019).

Na segunda etapa, antes da incisão cirúrgica, ocorre uma breve pausa, para apresentação da equipe cirúrgica, dos cirurgiões, dos anestesistas, dos enfermeiros, dos circulantes, antecipando as possíveis complicações que podem ocorrer, confirmam a identificação da pessoa, a demarcação do sítio cirúrgico, o procedimento que vai ser feito e a posição da pessoa na mesa cirúrgica (FILHO MOTTA et al., 2013).

A terceira etapa ocorre antes de a pessoa sair do c.c., checam-se agulhas, os instrumentos e esponjas cirúrgicas que foram usadas. É realizada a revisão dos cuidados no pós-operatório e encaminhado problemas de equipamentos para manutenção. Uma nova mudança em 2017, o proqualis, traduziu a versão original de checklist e deu a opção do download. Os dez pontos a seguir que devem ser contemplados em qualquer checklist e adotados nas instituições são: confirmar se é a pessoa e o sítio cirúrgico certo; minimizar a dor, com o uso de anestesia; reconhecer dificuldades respiratórias e um plano de ação pronto; saber como agir em caso de perda sanguínea importante; indagar sobre antecedentes alérgicos; aplicar métodos que evitem risco a infecções do sítio

cirúrgico; evitar o uso de compressas ou instrumentos em feridas cirúrgicas; identificar os anátomos patológicos; comunicar e informar e cabem as instituições em geral, inspecionar as rotinas dos resultados, volumes e capacidade cirúrgica (CIRURGIA..., 2019).

O reconhecimento da equipe de que o checklist é uma ferramenta importante, pode melhorar a segurança e as ações em ambiente cirúrgico, sendo usado como treinamento e o incentivo de toda a equipe, para que sejam cumpridas as três fases: antes do início da anestesia (sign in), antes da incisão da pele (time out) e antes da saída da pessoa operada sair da sala (sign out).

3.4 Dificuldades na aplicação de checklist de cirurgia segura

Os entrevistados reconhecem a importância da realização do checklist de cirurgia segura, porém dentre as dificuldades encontradas é ter que encaminhar a pessoa que irá operar o mais rápido possível para a sala operatória, pois a equipe médica já está esperando, dificultando o preenchimento do checklist, como pode ser observado nas falas abaixo:

“Nem sempre dá tempo de fazer devido a correria do dia a dia, as vezes o c.c., está cheio, muitos procedimentos e fica difícil falta de tempo mesmo.” (E3)

“As vezes tem dificuldade na quantidade de pacientes que entra, principalmente as primeiras cirurgias, que já tem que fazer e colocar o paciente já na sala, mas no decorrer do dia.” (E4)

Outra dificuldade é relacionada a falta de comunicação da equipe e a resistência de alguns profissionais no preenchimento do checklist, acham que é um papel a mais a ser preenchido e a não colaboração da pessoa que irá operar como relatam os entrevistados:

“As dificuldades que eu encontro é que ainda existe uma certa resistência de alguns profissionais, tanto médico, como da própria enfermagem, porque se torna mais papéis para serem feitos (...), e para alguns cirurgiões isso é algo desnecessário infelizmente.” (E 1)

“(...) Quando chega um paciente que é confuso, ele não sabe me responder, se ele está sem acompanhante, tem que pegar prontuário (...), e também tem um mural na sala, um painel, quando ele não é preenchido corretamente pelo circulante, fica difícil da gente fechar a terceira parte do checklist de cirurgia segura.” (E5)

As dificuldades dentro de um CC relacionam-se de forma grande e de pequenas interferências, durante uma cirurgia, podendo aumentar incidentes e piorar os desfechos devido a

erros que podem ocorrer. Um grupo de arquitetos, engenheiros e psicólogos da Universidade Carolina do Sul, nos Estados Unidos, realizaram uma espécie de “Big Brother” em 3 salas cirúrgicas, mostrou onde acontecem as maiores distrações sendo gravado 28 operações, utilizando-se câmeras em 4 ângulos diferentes, captando o fluxo de movimentação das salas. Em um estudo realizado em 173 cirurgias de defeito cardíacos congênitos a ocorrência que foi interrompida está relacionada a mortes ou a incidentes que não causaram danos. Já outros levantamentos foram associados a maior ocorrência de interferências a erros, estressando a equipe e aumentando o tempo da cirurgia (CENTRO CIRÚRGICO..., 2019).

O CC é um dos ambientes hospitalar mais complexo do hospital, onde as suas atividades são desenvolvidas causando tensão, por existirem procedimentos estressantes causadores de ansiedade devido a gravidade de alguns pacientes e pela complexidade do serviço (PASSOS et AL., 2010).

Um grupo de pesquisadores flagrou 2.504 interrupções no fluxo de trabalho, decorrido ao longo das 28 cirurgias. As interferências foram: mal funcionamento de equipamentos, procura por alguns itens, aberturas de portas, conversas irrelevantes. Já a maior parte de interferências 76%, classificadas com pequenas. Não houve discussão, nem mudança no comportamento e nem de ação entre a equipe do restante que é de 26%, considerando de grande porte, um ou mais dos integrantes, se distraíram ou interromperam suas tarefas (CENTRO CIRÚRGICO..., 2019).

Um incidente curioso deu-se de uma chance de grande distração ocorrer crescia devido ao aumento das interrupções menores. Esses pequenos eventos de concentração, desgaste ou de perturbação no decorrer das atividades, levassem a ocorrência de uma grande interferência. Segundo a falta de concentração no c.c. o “layout” é o motivo das grandes sendo 56%, tanto das pequenas interferências, sendo 69%, tendo que os profissionais apropriarem de um espaço inadequado, a visibilidade é péssima ou a posição dos conectores, os móveis, equipamentos e outras estruturas fixadas podem causar os transtornos (CENTRO CIRÚRGICO..., 2019).

O arranjo físico (layout) é de grande importância para o fator produtividade, pois todo o fluxo dos processos, pode ser beneficiado ou prejudicado em relação a distribuição física dos equipamentos (PARANHOS FILHO, 2007).

O segundo maior fator é diferente das pequenas e grandes interrupções. O fator de “dispersão”, é cerca de 30%. A desconcentração por parte da equipe, por receberem ligações ou

celulares, presença de pessoas desnecessárias no setor, as trocas de plantão, aberturas de portas pela busca de instrumentos ou equipamentos. Já nas pequenas interrupções, a segunda maior são os chamados “obstáculos ambientais”, por exemplo: escorregar, tropeçar, manipular os instrumentos perfuro cortantes, colisão dos membros da equipe, ou o esforço físico para alcançar a pessoa operada, incluindo equipamentos e instrumentos (CENTRO CIRÚRGICO..., 2019).

A dispersão, considerada como distração é um desvio de atenção do indivíduo, durante o desenvolvimento de uma atividade. Já o conceito interrupção, refere devido a ocorrência de uma pausa na execução de uma atividade (PEREIRA et AL., 2011).

Para saber de onde vem as interferências, é necessário que sejam adotadas medidas visando buscar algumas ações e a melhoria do funcionamento do CC. Tentar localizar quais são as áreas da sala operatória que essas interferências mais acontecem.

No trabalho da anestesia, estão cerca de 80% de todas as interrupções no qual o grupo de pesquisadores chamou de “zonas de transição”, que é o fluxo na mesa cirúrgica. Somente a área de anestesia é de 30% das ocorrências, apesar de ocupar-se menos de 10% de espaço físico (CENTRO CIRÚRGICO..., 2019).

O trabalho do anestesista é considerado um trabalho complexo, pois a realização dos procedimentos cirúrgicos deve ser sem dor e desconforto para a pessoa que irá operar. São administradas medicações de vários tipos e efeitos, obtendo os resultados desejados. O anestesista permanece o tempo todo junto com o paciente, controlando a pressão arterial, o ritmo cardíaco, a respiração, a oxigenação do sangue, a temperatura e outras funções vitais, através dos monitores que auxiliam no controle (MEDCEL..., 2017).

Analisando melhor a causa das interrupções das áreas físicas aponta como responsáveis o “layout” da área de trabalho do anestesista como responsável por 21% das interrupções, o “layout”, em volta da mesa cirúrgica é de 14% das interrupções e a “desatenção” com celulares, conversas e outros. Na anestesia, 7% em volta da mesa e 8,5% é na área de circulação após o pé da mesa é de 4,5% (CENTRO CIRÚRGICO..., 2019).

Esses dados mostraram um pouco das dificuldades enfrentadas no dia a dia dentro do c.c., mas talvez não se apliquem em todas as situações cirúrgicas, devido aos diferentes cenários, porém, não existindo uma solução única. Mas, podem fornecer informações sobre quais as dificuldades

enfrentadas e as possíveis medidas que devem ser tomadas e as modificações que devem ser adotadas com intuito na melhoria do atendimento no CC.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CC é uma unidade hospitalar com o objetivo de realizar cirurgias com intuito de tratar patologias ou realizar diagnósticos, um local de grande circulação da equipe multidisciplinar, tornando o ambiente vulnerável a ocorrência de incidentes, um local de alto risco e susceptíveis a erros, sendo que a maior parte desses erros podem ser evitáveis. A OMS preconizou assim o protocolo LVSC com 10 objetivos, os quais podem diminuir os eventos adversos em uma cirurgia. Para alcançar os objetivos designados pela OMS foram recomendados a todas as instituições de saúde, o uso de checklist, sendo desenvolvido o protocolo de cirurgia segura, determinando medidas para reduzir a ocorrência de incidentes, no intuito de aumentar a segurança na realização dos procedimentos através do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, conhecida como checklist.

Neste estudo foi possível compreender a percepção dos enfermeiros sobre cirurgia segura e uso de checklist. Examinamos como se sentem ao utilizar o checklist, os relatos sobre o que é cirurgia segura na sua concepção, as ações e procuramos identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na abordagem à cirurgia segura e no uso do checklist.

A adesão deste formulário (checklist) proporcionou a redução de intervenções errôneas, ainda presentes nas instituições, de acordo com as reuniões que são realizadas todo final de mês, na instituição onde foi feito o estudo.

Uma boa comunicação com a equipe, a abordagem da pessoa certa, demarcação certa, revisão do prontuário, dos materiais, equipamentos necessários ao procedimento cirúrgico, podem auxiliar a instituição no processo de documentação, através do checklist.

Por consenso dos entrevistados, foi considerada ferramenta que auxilia o enfermeiro na prática clínica, servindo de ações preventivas, a monitorização dos sinais e sintomas, detectando complicações e minimizando riscos a pessoa.

Neste estudo, foi possível compreender a análise das 4 categorias: Percepção do uso do checklist de cirurgia segura; Conceito de cirurgia segura; Ações na aplicação de checklist de cirurgia segura;



Dificuldades na aplicação de checklist de cirurgia segura. Os achados apontam que na percepção do uso de checklist de cirurgia segura, ressalta a importância da participação e a colaboração de toda a equipe, minimizando a ocorrência de intervenções erradas na instituição, conceituando que cirurgia segura são medidas que trazem segurança e benefícios reduzindo os riscos, dos EVAs, que podem ocorrer. As ações acontecem desde a recepção, durante o perioperatório até a recuperação anestésica, a dificuldade encontrada na aplicação de checklist baseia-se na falta de comunicação da equipe, a resistência dos profissionais em colaborar no preenchimento do checklist, aumentando os incidentes.

Este instrumento pode contribuir para o planejamento de possíveis interferências que poderia acontecer, a melhoria na comunicação com a equipe multiprofissional.

O resultado desta pesquisa pode servir como um instrumento de eficácia para a segurança do paciente que irá operar e de serventia para outros contextos de assistência na instituição.

5. Referências

BECCARIA, L.M.; PEREIRA, R.A.M.; CONTRIN, L.M.; LOBO, S.M.A.; TRAJANO, P.H.L. Eventos adversos na assistência de enferm. em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Brás. Ter. intensiva**, São Jose do Rio Preto, V.3, N.21, P.276-282. Disponível em: [researchgate.net/publication/237641158-Eventos-Adversos-na-assistencia-de-enfermagem-em-uma-unidade-de-terapia-intensiva](https://www.researchgate.net/publication/237641158-Eventos-Adversos-na-assistencia-de-enfermagem-em-uma-unidade-de-terapia-intensiva), acesso em: 28/05/19.

BELELA, A.S.C.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M. DA, L., Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev. Brás. ter. intensiva**, São Paulo, v.22, n.3, p.257-263, agosto/2010. Disponível em: scielo.br/pdf/rbti/v22n3/07-pdf, acesso em: 28/02/19.

BEZERRA, W.R.; BEZERRA, A.L.Q.; PARANAGUÁ, T.T.DE, B.; BERNARDES, M.J.C.B.; Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.17, n.4, p.1-11, out./dez. 2015. Disponível em: fen.ufg.br/rev./v17/n4/pdf/v17n4a15.pdf, acesso em: 28/02/19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. **Protocolo para cirurgia segura**. 2013. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.hospital-santa-lucinda.com.br/downloads/protocolo-cirurgia-segura.pdf>, acesso em: 26/06/18.

BUENO, F.S. **Dicionário escolar da língua portuguesa**, 9 ed. Rio de Janeiro, p.618, 1975



CLARO, C.M.; KROCOCKY, D.V.; PADILHA, K.G..Eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva: Percepção dos enfermeiros sobre a cultura não preventiva. **Rev.Esc.Enferm. R.sp**, v.1, n.45, p.167-172, 2011. Disponível em: scielo.br/pdf/reesp/v45n1/23.pdf, acesso em: 26/08/19.

CENTRO CIRURGICO: onde e como ocorrem as distrações que levam a erros, **Instituto Brasileiro para segurança do trabalho**, 2019. Disponível em: <https://www.seguranca-do-paciente.com.br/qualidade-assist./centro-cirurgico-onde-e-como-ocorrem-as-distrações-que-levam-a-erros>, acesso: 26/02/19.

CIRURGIA SEGURA: 10 pontos que deve estar no Checklist. **Instituto Brasileiro para segurança do Trabalho**, 2019. Disponível em: <https://www.seguranca-do-.com.br/qualidade-assist./cirurgia-segura-10-pontos-que-devem-estar-no-checklist>, acesso em: 28/02/19.

FERRAZ, E. M. A Cirurgia Segura. Uma Exigência do Século XXI. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.36, n. 4, p. 281-292, 2009. Disponível em: scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf, acesso em: 26/02/19.

FREITAS, M.R.DE; ANTUNES, A.G.; LOPES, B.N.A.; FERNANDES, F. DA, C.; MONTE, L.DE, C.; GAMA, Z.A. DA, S. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.137-148, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>, acesso em: 26 jun. 2018

FONSECA, R.M.P.; PENICHE, A. DE C.G..Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após a criação do sistema da assistência de enfermagem, perioperatória, *Acta Paul Enferm.*, v.4, n.22, São Paulo, set, 2008. Disponível em: scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf, acesso em: 26/02/19.

GIL, A. C. Como classificar as Pesquisas?In:_____. **Como elaborar projetos de pesquisa/ 4º ed**, São Paulo: Atlas, 2008, p. 41-57.

GIL, A. C. Como delinear estudos de campo. In: _____. **Como elaborar projetos de pesquisa/ 4º ed**, São Paulo: Atlas, 2008, p. 129-136.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. Assistir/cuidar na enfermagem. **REME. Vermin. Enf.**, USP, 1997

HAUSMANN, M., R. Articulação entre as dimensões gerencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto Enferm.**, 2009.Disponível em: scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf, acesso em:02/12/18.



MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: _____. **Fundamentos de metodologia científica**. 5º ed, São Paulo: Atlas, 2009, p.174-214.

MARTINS, F., Z.; DALL AGNOL, C., M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev. Gaúcha enferm.**, v.37, n.4, p. 1-9, dez/2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rgeenf/v37n4/0102-6933-rgeenf-1983-14472016045645.pdf, acesso em: 02/12/18.

MEDCEL. O que faz um anesthesiologista? 2017. Disponível em **HTTPS: // blog.Medcel.com.br/blog/o que faz um anesthesista**, acesso em: 24/06/19.

MINAYO, M. C. S., Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: _____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 12º Ed., São Paulo: Hucitec, 2010. p. 201-260.

MINAYO, M. C. S., Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: _____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 12º Ed., São Paulo: Hucitec, 2010. p. 303-360

MOTTA FILHO, G., DA, R.; SILVA, S., DE, F.; FERRACINI, A., M.; BAHER, G., L. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Rev. bras. ortop.**, Rio de Janeiro, v.48, n.6, p.554-562, ag/2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt-0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf, Acesso em: 02/12/18.

OMS, Segundo desafio global para a segurança do paciente: **Manual-cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) Organização Mundial da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca-paciente-cirurgias-seguras-salvam-vidas.pdf, acesso em: 02/12/18.

PADILHA, M.I.C.S. Enfermeira-a construção de um método a partir discurso médico. **Rev. Esc. Enf. USP**, 1997; v.3, n.31, p.437-451. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n3/v31n3a07.pdf, acesso em: 26/02/19.

PANCIERI, A. P.; SANTOS, B. P.; AVILA, M.A.G., DE; BRAGA, E.M. Checklist de cirurgia segura: analise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha enferm.**, v.34, n.1, p.71-78, fev/2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rgeenf/v34n1/09.pdf, acesso em: 28/02/19.

PANESAR, S.S.; NOBLE, D.J.; MIRZA, S.B.; PATEL, B.; MANN, B.; EMERTON, M.; CLEARY, K.; SHEIKH, A.; BHANDARI, M. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in ortopaedics? – Can the checklist help? Supporting

evidence from analysis of a national patient incident reporting system. **JorthopSurg Res**, v.6, n.18, 2011. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501466, acesso em: 02/12/18.

PASSO, M. F. Cirurgia segura. Colégio Brasileiro de cirurgiões, 2016, <https://cbc.org.br/artigo-cirurgia-segura/>, acesso em 28/ 05/ 2019. Disponível em: <https://cbc.org.br/artigo-cirurgia-segura>, acesso em: 28/02/19.

ROQUE, K., E.; MELO, E., C., P. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Esc. Anna Nery**, v.16, n. 1, p.12-127, jan/mar, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a16pdf, acesso em: 28/02/19.

PASSOS, J.B.; SILVA, E. L. da; CARVALHO, M. M. C. D. Estresse no centro cirúrgico; uma realidade dos profissionais de enfermagem. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 35-38, maio /agosto, 2010. Disponível em: www.periodicos-eletronicos.ufma.br/index.php/revistahufma/article/view.file/550/301, acesso em: 26/02/19.

RIBEIRO, H.C.T.C.; RODRIGUES, T.M.; TELES S.A.F.; PEREIRA, R.C.; SILVA, L..DE L.J.; MATA, L.R.F. DA. Distrações e interrupções em sala cirúrgica: percepção de profissionais de enfermagem. **Escola Ana Nery**, v. 4, n. 22, p.1-7, 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/22n4/pt-1414-8145-ean-22-04-e20180042.pdf, acesso em: 28/02/19.

SANTOS, M.C.; RENNO, C.S.N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Ras**, v.15, n.58, p.27-36, jan/mar, 2013. Disponível em: <file:///c:/documentos%20and%20setings/user/meus%20documentos/dowloads/ras-v15n58-27-36%20pdf>, acesso em: 28/02/19.

SANTOS, F.K.; SILVA, M.G.V.; GOMES, A.M.V. Understanding the forms of care of nurses in the operating room- a construction based on the grounded theory method. **Texto context Enf.**, v.3, n.23, p.696-703, acesso em: 28/02/19.

SORIA-ALEDO, V.; SILVA, Z.A.; SATURNO, P.J.; GRAU-POLAN, M.; CARRILO-ALCARAZ, A. Dificultades em La Implantacion de checklist em losquirófanos de cirurgia. **Cir. Esp.**, v.90, n.3, p.143-212, mar., 2012. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-articulo-dificultades-implantacion-del-checklist>, acesso em : 28/02/19.

STUMM, E.M.F. Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. **REME Ver. Mineira de Enferm.**, v.1, n.13, p.99-106, jan, /mar., 2009. Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/168, acesso em: 22/04/18.

STUM, E.M.F.; BOTEGA, D.R.T; KIRCHNER, R.M.; SILVA, L.A.A. Estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. **Ver. Mineira.**

Enferm., São Paulo, v.1, n.12, p.54-61, jan./mar.,2008.Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/258, acesso em: 02/02/18.

VARELLA, D. Enfermagem/ Entrevista, 2004. Disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/enfermagem-entrevista>, acesso em: 24/06/2019

WEISER, T.G.; HAYNES, A.B.; DZIEKAN, G.; BERRY, W.R.; LIPSITZ, S.R.; GAWANDE, A.A. Effect of a 19-item surgical safet checklist during urgent operations In a global patient population,2010.Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/203958-48>, acesso em: 02/02/19.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Checklist save lives. **Bull wordhealth organ.**, v.7, .86, p.501-502, 2008.Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/7/08-010708/en>, acesso em: 28/02/19.

WOOD, G. L.; HABER, J. Pesquisa em Enfermagem In:_____. **Avaliação do Relatório de Pesquisa Qualitativa**, 4^a., Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, p. 255-267, 2001.Disponível em: intramet.df.sebrae.com.br, acesso em: 28/02/19.

