



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
Recredenciada pelo MEC: Portaria nº 1282, de 05 de outubro de 2017,
Publicada no DOU de 06 de outubro de 2017, Seção 01, Página 11.

DAYANE CARLA DUARTE TENÓRIO

**CHEKCLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS NO CENTRO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

Mossoró RN,
2020.

DAYANE CARLA DUARTE TENÓRIO

**CHEKCLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS NO CENTRO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

Monografia apresentada à Faculdade Nova
Esperança de Mossoró como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR (A): PROF.^a MA. LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS MELO.

Mossoró RN,
2020.

T312c Tenório, Dayane Carla Duarte.

Checklist para cirurgias seguras no centro cirúrgico: uma revisão da literatura. / Dayane Carla Duarte Tenório. – Mossoró, 2020.

43f. : il.

Orientadora: Prof. Ma. Livia Helena Morais de Freitas Melo.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Centros cirúrgicos. 2. Procedimentos cirúrgicos operatórios. 3. Segurança do paciente. 4. Checklist. I. Melo, Livia Helena Morais de Freitas. II. Título.

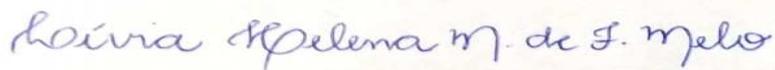
DAYANE CARLA DUARTE TENÓRIO

**CHEKCLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS NO CENTRO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

Monografia apresentada pela aluna Dayane Carla Duarte Tenório do curso de Bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito de 9,0, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: 09/06/2020

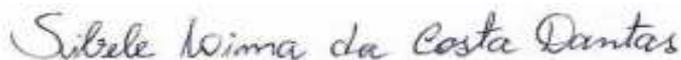
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ma. Livia Helena Moraes de Freitas Melo (FACENE/RN)
ORIENTADOR(A)



Prof. Esp. Itala Emanuely de Oliveira (FACENE/RN)
MEMBRO



Prof. Dra. Sibeles Lima da Costa Dantas (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico esta monografia primeiramente a Deus e também a toda minha família por todo o apoio e orientação em todos os momentos da minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por mim conceder a oportunidade de concluir a tão sonhada graduação e por me dar forças e determinação para não desistir durante a longa caminhada.

A minha mãe Lucineide que sempre esteve ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória e em memórias do meu pai José Roberto por sempre ser minha inspiração de força e determinação nos estudos e também em memórias do meu padrasto Antônio Jardel que esteve presente, por todo incentivo, dedicação e pelas inúmeras caronas para ir para faculdade.

A minha irmã Dayse que sempre esteve ao meu lado me dando orientações, suporte emocional, financeiro, por ser meu braço direito em todos os momentos da minha vida.

Aos meus Tios: Marquinhos, Leonildo, por acreditarem em mim e pela motivação de ser uma pessoa melhor, buscando sempre o estudo qualificado.

A minha colega de classe Elvira que durante todo o tempo da graduação sempre esteve ao meu lado me ajudando na prática da enfermagem e com sua lealdade e cumplicidade se tornou uma amiga fiel.

Agradeço a minha orientadora Livia Helena por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa pela contribuição maravilhosa e também a todos os membros da minha banca examinadora que aceitaram meu convite e me ajudaram durante todo o momento.

A todos os meus professores do curso que durante esses quatro anos de graduação foram os meus maiores exemplos e inspiração profissional pela excelência da qualidade técnica de cada um tanto na área da enfermagem como no geral, em especial a Livia Helena, Joseline Pereira, Itala Emanuely, Thiago Enggle, Diego Jales, Evilamilton, Sibebe, Eguimara, Fernanda Antoneli, Thiberio, Alcivan Nunes, Kalidia Felipe, Bianca Costa, Gisele Santos, Janaina Batista, Maria Julia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO.....	10
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
1.3 HIPÓTESES.....	12
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivos Específicos	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CIRURGIA.....	13
3.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	16
3.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SALA DE CIRURGIA.....	21
3.4 O CHECKLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS.....	23
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	27
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	27
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.3 DESFECHOS.....	28
4.3.1 DESFECHO PRIMÁRIO.....	28
4.3.2 DESFECHO SECUNDÁRIO.....	28
4.4 FINANCIAMENTO.....	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	39

RESUMO

O *checklist* é considerado por muitos autores como um instrumento importante para a segurança do paciente e que a ideia principal é o ato de checar as eventuais possibilidades de falhas da assistência prestada em saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão da bibliográfica com natureza narrativa realizada em artigos científicos na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para a base SciELO utilizou-se os termos e descritores “Centros Cirúrgicos”, “Procedimentos Cirúrgicos Operatórios”, “Segurança do Paciente” e “Checklist” para busca dos artigos, incluindo aqueles disponíveis na íntegra, idioma português e publicados entre 1970 e 2019, com relevância da temática e de acesso livre. O objetivo geral da pesquisa encontra-se em analisar as evidências científicas em relação aos benefícios do uso *Checklist* para cirurgias seguras na rotina de centro cirúrgico. Os resultados apresentados são para os descritores: Centros Cirúrgicos = 9, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios = 142, Segurança do Paciente = 444 e Checklist = 752. Observou-se a prevalência de publicações na língua portuguesa, representando 64% do total, quando comparada às línguas: espanhola (9,6%) e inglesa (26,4%). Ao final da seleção obtiveram um total de 32 publicações que foram incluídas na revisão, dentre elas artigos, manuais, cartilhas e portarias do ministério da saúde, livro sobre segurança do paciente. Diante dos dados apresentados nas literaturas, pode-se afirmar que o Checklist é uma ferramenta extremamente eficaz para a segurança do paciente no âmbito do centro cirúrgico, tendo a necessidade de operacionalização a cada procedimento com o seu preenchido realizado de forma adequada.

Palavras-Chave: Centros Cirúrgicos. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios. Segurança do Paciente. *Checklist*.

ABSTRACT

The checklist is considered by many authors as an important instrument for patient safety and the main idea is to check for possible chances of failures in health care. It is a qualitative research of bibliography review with a narrative nature carried out in scientific articles in the database SciELO (Scientific Electronic Library Online). For SciELO, you can use the terms and descriptors "Surgical Centers", "Surgical Surgical Procedures", "Patient Safety" and "Checklist" to search for articles, including those available in full, Portuguese language and published between 1970 and 2019, with relevant thematic and open access. The general objective of the research is to analyze how scientific in relation to the benefits of using Checklist for safety surgeries in the routine of the operating room. The results presented are for the descriptors: Surgical Centers = 9, Operative Surgical Procedures = 142, Patient Safety = 444 and Checklist = 752. Note the prevalence of publications in Portuguese, 64% of the total, when compared to private ones: Spanish (9.6%) and English (26.4%). At the end of the selection, a total of 32 publications were obtained that were included in the review, among the articles, manuals, cartridges and portals of the Ministry of Health, book on patient safety. In view of the data presented in the literature, it can be registered that the Checklist is an extremely effective tool for patient safety in the scope of the operating room, with the need to operationalize each procedure with its completion performed properly.

Keywords: Surgical Centers. Operative Surgical Procedures. Patient safety. Checklist.

1. INTRODUÇÃO

1.1.CONTEXTUALIZAÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é um ambiente hospitalar onde são executados procedimentos anestésico-cirúrgicos, de caráter emergencial e eletivo. Maior parte destes são oriundos de intervenções invasivas e com recursos materiais de alta precisão e com eficácia terapêutica, esse setor requer profissionais habilitados para atender diferentes necessidades dos pacientes diante da elevada diversidade tecnológica e à variedade de situações que lhe conferem uma performance peculiar de assistência em saúde. O CC é considerado por vários autores como um cenário de alto risco e extremamente suscetíveis a erros (CARVALHO et al., 2015; MARTINS & DALL'AGNOL, 2016).

A dinâmica do cuidar pela equipe multiprofissional e os cuidados de enfermagem neste lugar são muito voltados à objetividade das ações, cuja a intervenção é de natureza mais técnica, visando à recuperação imediata do paciente e que a interação social no cuidado muitas vezes é restrita diante das características do próprio setor. A presença da atenção dos profissionais e em especial os da enfermagem junto ao usuário é de suma importância para a continuidade do cuidado, tendo eficácia no atendimento e não apenas nos procedimentos técnicos em si, mas com a demonstração de afeto, o toque, a conversa clara e precisa sobre todas as ações cirúrgicas no pré e até o pós-operatório (SILVA & ALVIM, 2010).

O ato cirúrgico implica consideravelmente em grande impacto para os pacientes submetidos aos procedimentos médico-cirúrgico, tanto para o bem-estar físico, social e emocional, quanto para o aumento dos níveis de ansiedade e *stress* e pelo distanciamento, mesmo que temporário, da rede social e familiar. Os relatos dos fatores desencadeantes da ansiedade mais comuns dos pacientes expostos aos procedimentos cirúrgicos apontam para: Percepção antecipada da dor e do desconforto; Separação do ambiente familiar e geralmente com sentimentos de abandono; Possível perda da autonomia, mesmo sendo temporária; Medo da morte, das possíveis sequelas dos procedimentos anestésico-cirúrgicos errôneos e do risco da alta prematura; e de todo o procedimento cirúrgico (COSTA JUNIOR et al., 2012).

O enfermeiro é um agente indispensável no ambiente hospitalar e em especial no CC, não apenas pelo cuidado de enfermagem em si mas para as ações de gestão do setor, estando focado nas tomadas de decisões de forma rápida e eficaz, sendo possível destacar aquelas relacionadas à segurança do paciente para a prevenção e diminuição das complicações para os

pacientes através da detecção precoce das intercorrências e os eventos adversos em todos os períodos operatórios (ALPENDRE et al. b, 2017).

O *checklist* é considerado por muitos autores como um instrumento importante e que a ideia principal é o ato de checar as eventuais possibilidades de falhas da assistência prestada em saúde, pelo qual faz parte da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica do manual de Cirurgias Seguras Salvam Vidas do Ministério da Saúde. Em uma pesquisa realizada nas cidades participantes do programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da Organização Mundial de Saúde e que tinha objetivo da investigação das taxas de complicações, incluindo a morte, os principais resultados demonstram que a taxa de mortalidade reduziu de 1,5% antes da introdução da lista de verificação para 0,8% depois da implantação. Além disso, as complicações em pacientes internados passaram de 11% antes da lista para 7%, tais pesquisas comprovam a eficácia desse método de checagem para a diminuição das complicações e da mortalidade em pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos (CAMALHO, 2014; GRAZZIANO et al, 2016; RIBEIRO et al., 2017).

1.2. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A problemática decorre pelo fato dos casos de óbitos ter aumentado nos últimos anos e sendo resultante das Infecções em sítio cirúrgico, relacionado assim aos procedimentos cirúrgicos. O *checklist* é um instrumento indispensável para segurança dos indivíduos durante todas as cirurgias e que possui benefícios para os pacientes por tentar reduzir os riscos e eventos adversos neste setor. Esta pesquisa pretende argumentar que é necessário ter qualidade das investigações sobre segurança do paciente em centro cirúrgico e que devido a pouca quantia de estudos sobre o referido tema tem-se a necessidade de mais pesquisas, consequentemente realizar a disseminação do conhecimento sobre a problematização e com sua devida importância (RIBEIRO et al, 2017; FERRAZ, 2009; CAMALHO, 2014).

Nos diversos níveis de ensino o retratamento este tema é fundamental para a construção da cultura de segurança do paciente. Tal medida permite o desenvolvimento e aprimoramento das competências ao longo da formação profissional, estimulando assim nos estudantes uma atitude proativa para diminuição dos incidentes em todos os ambientes de saúde. Há indícios de forma benéfico para a assistência dos usuários deste serviço, tais como: a diminuição significativa das complicações cirúrgicas e diminuição significativa da mortalidade. Em relação para os serviços de saúde a sua utilização proporciona mais

segurança no procedimento anestésico cirúrgico, melhoria da comunicação e trabalho em equipe, otimização do processo de trabalho, melhoria da qualidade e redução de custo. Entretanto, pesquisas demonstram que os profissionais de saúde não perceberam mudanças na comunicação interpessoal com a aplicação do *Checklist* (CAUDURO et al., 2017; TOSTES & GALVÃO, 2019).

O principal motivo da escolha da temática em questão sucedeu-se pela curiosidade própria, em conjunto com a orientadora e pela aproximação com o conteúdo através de eventos científicos, despertando o interesse em conhecer como ocorre na prática a assistência cirúrgica segura para a população circunvizinha do local de investigação e conseqüentemente favorecer a disseminação da cultura segurança do paciente.

Diante disso, o presente estudo busca responder à seguinte questão: Quais os benefícios do *Checklist* para cirurgias seguras?

Considerando o problema de pesquisa proposto, o presente estudo analisará as evidências científicas em relação aos benefícios do uso *Checklist* para cirurgias seguras na rotina de centro cirúrgico.

1.3. HIPÓTESES

- Hipótese 1: Diante dos dados apresentados nas literaturas, pode-se dizer que o *Checklist* é eficaz para a segurança do paciente no âmbito do centro cirúrgico, sendo operacionalizado a cada procedimento, preenchido de forma adequada e reconhecido como um item importante.
- Hipótese 0: O *Checklist*, apesar de ser adotado como prática na maioria das instituições hospitalares, é pouco considerado como um instrumento importante para segurança do paciente, sem eficiência e com preenchimento não realizado de forma adequada.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as evidências científicas em relação aos benefícios do uso *Checklist* para cirurgias seguras na rotina de centro cirúrgico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as pesquisas científicas sobre a segurança do paciente na dinâmica do Centro Cirúrgico;
- Observar qualidade e a quantidade metodológica destes estudos;
- Abordar as implicações da ausência de um *Checklist* para cirurgia segura na instituição hospitalar.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CIRURGIA

Nos tempos remotos das antigas civilizações as doenças, na maioria das vezes, eram atribuídas a causas sobrenaturais, por castigo divino e a prática da cirurgia na forma empírica, desprovida de bases científicas sendo exercida por sacerdotes, charlatões, mágicos e aventureiros daquela época. E por mais de nove mil anos a cirurgia persistiu nesta configuração até a era de Hipócrates (459-355 a.C.), período compreendido da sua maior atuação, quando surgiram os princípios elementares do seu exercício e a figura do médico responsável pela condução clínica (PINOTTI, 2008; REZENDE, 2009).

Muitos autores consideram Hipócrates como o mais importante médico da primeira Antiguidade. Nasceu na Ilha grega de Cós, na costa da Ásia Menor, em 460 a.C. e alega-se ter morrido com mais de 100 anos de idade em 390 a.C., o seu legado é composto pela coleção dos tratados médicos hipocráticos do Corpus hippocraticum (CH) no período compreendido entre os séculos iv e v a.C. até o período greco-romano. Os primeiros comentários críticos ao acervo hipocrática surgiram na cidade de Alexandria, no período helenístico, em duas vertentes: a) Uma como resultado de novas descobertas anatômicas; e, b) Em virtude da pluralidade do pensamento filosófico (platonismo, aristotelismo, epicurismo e estoicismo) e das escolas ou seitas médicas (dogmatismo, empirismo, metodismo e pneumatismo). O conhecimento médico tradicional transmitia-se de geração para geração, quase sempre na linhagem masculina familiar e para aqueles mais próximos, sem vínculo consanguíneo, puderam também usufruir desse tipo de formação especializada na forma de aprendiz. Assim, Hipócrates foi formado pelo seu pai, Heraclides, e pelo seu avô, Hipócrates i, ambos médicos asclepiades da Ilha de Cós, e posteriormente ele mesmo reuniu um bom número de pessoas, entre eles, seus filhos Tessalo (pai de Hipócrates iii) e Dracon (pai de Hipócrates iv), para

executar seus achados médicos e ao mesmo tempo que realizava suas práticas, além de contribuir com vários escritos especializados, os seus discípulos aprendiam observando-o e quando um médico recém-formado pretendia estabelecer-se numa cidade qualquer para realizar a clínica médica, o nome do professor era a única exigência solicitada pela assembleia para a comprovação da formação profissional (REBOLLO, 2006).

Na Antiguidade clássica a cirurgia permaneceu menosprezada, ficando em segundo plano por muitos séculos, e sendo entregue aos profissionais sem formação acadêmica para realização dos procedimentos cirúrgicos, chamados de cirurgiões barbeiros. Em Paris na Universidade, daquela época, chegou ao ponto de proibir aos médicos, sob juramento, a prática da cirurgia. O início dos cursos médicos oficiais de forma mais especializada, apenas na idade Média, foram por caminhos muitas vezes tortuosos com avanços e recuos e que a institucionalização da medicina deu-se a partir deste período, após a fundação da escola de Salerno e das primeiras universidades europeias. Dentre elas, a universidade de Pádua teve sua atuação destacada, onde se formaram e ensinaram grandes personagens que revolucionaram a medicina no ocidente, como Vesalius, Morgagni, Harvey e outros. Já a medicina do oriente encontrava em seu auge em plena idade Média, houve preocupação com a institucionalização e fiscalização da profissão médica e em Bagdá, no ano 931 d.C., as autoridades governamentais ofereceram o primeiro exame público para credenciamento dos médicos em exercício, comparecendo em média oitocentos e sessenta candidatos (REZENDE, 2009).

Na idade Moderna, Andreas Vesalius (Bruxelas 1514 – Zakynthos 1564), ou, André Vesálio, foi considerado o pai da medicina moderna e que pode ser visto também como o da cirurgia, uma vez que a Medicina se afirmou como ciência através da exploração de cadáveres humanos mediante da observação e dos cortes anatômicos. Através desses exames diretos e cuidadosos da anatomia humana permitiu colocar em prática os ensinamentos transmitidos por autores clássicos greco-latinos, apenas por volta do século XVI, como exemplo de Hipócrates (Cós c. 460 – Tessália c. 370 a.C.) e Galeno (Pérgamo 129 – Sicília c. 217) e dos árabes, como Averróis (Córdoba 1126 – Marraquexe 1198) e Avicena (Bucara c. 980 – Hamadan 1037) (FIOLHAIS, 2014).

No período do Renascimento, tanto os seres, quanto as coisas, eram compreendidos de uma forma contínua e indicavam afinidades entres animais, plantas, homem, céu, terra, mar etc., marcado também pela tradição aristotélica. As definições e o quadro de saberes de um

modo ou de outros derivou-se dos textos de Aristóteles permanecendo presente até o final do Renascimento. Nessa época estabeleceu-se a relação entre a ciência, as artes e a anatomia, marcado muitas vezes pela expressão artística através da arquitetura, das esculturas e das pinturas. Leonardo da Vinci (1452-1519) é retratado como um dos mais importantes pintores do renascimento, suas obras são contempladas até nos dias atuais, podemos citar os exemplos dos quadros de “mona lisa” e do “homem vitruviano”, sendo que o último é a representação dos planos anatômicos e que reflete com maestria as proporções humanas. A realização, em Milão, das investigações anatômicas por da Vinci ocorreu entre 1485 e 1515, datas aproximadas que marcam seus primeiros estudos sobre ossos, músculos e nervos e em Roma os seus últimos estudos sobre o feto humano. Leonardo expôs que havia feito a anatomia de “mais de trinta corpos entre homens e mulheres de todas as idades” permitido a prática de estudos sobre a circulação e a localização dos órgãos no corpo, tanto masculino como feminino, entre esses inclui-se a primeira descrição do sistema circulatório, publicada por William Harvey (RODRIGUES, 1999; KICKHÖFEL, 2011).

Florence Nightingale é uma fonte de inspiração e alvo de pesquisa para estudiosos em todo o mundo, considerada fundadora da Enfermagem Moderna contribuindo, em sua época, para a melhoria e o desenvolvimento da assistência em saúde, mantendo-se, até os dias atuais (Idade Contemporânea). Na Guerra da Crimeia, em 1862, a visão da atuação da enfermagem por Nightingale fortaleceu a atenção para o ambiente como um todo, ou seja, como o paciente está inserido naquele local, tornando clara as relações entre o ser humano, o ambiente e a natureza, ampliando assim as funções para organizar os serviços de limpeza, cozinha, lavanderia, rouparia e com a separação dos doentes de acordo com a sua gravidade (os feridos e infectados dos demais) e o cuidado com os artigos, controlando-os pela observação e supervisão direta por ela, até mesmo durante a madrugada, a qual ficou conhecida como a “Dama da Lâmpada” gerando assim o símbolo da lamparina como o principal da enfermagem (COSTA et al., 2009; FRELLO & CARRARO, 2013; COSTA AGUIAR et al., 2009).

Com o surgimento das grandes guerras, os campos de batalha decorreu um crescente número de soldados que necessitavam de amputações de membros e até mesmo de contenção de hemorragias para garantir sua sobrevivência, passando a ser, a cirurgia uma real demanda na evolução da Medicina, forçando-lhes a criação de novas técnicas e diversos tipos de instrumentais cirúrgicos que lhes permitissem acessar as diversas estruturas do corpo humano, mas naquela época a tecnologia era muita escassa, não recebendo-lhes um tratamento

adequado quanto a sua limpeza e conservação. A adoção de medidas preventivas realizadas por Florence impulsionou a ideia da descoberta dos microrganismos patogênicos, tais como: a assepsia nos procedimentos cirúrgicos, a lavagem simples das mãos; a separação dos pacientes e o cuidado com os artigos de uso direto nos enfermos (COSTA AGUIAR et al., 2009).

A primeira Central de Materiais Esterilizados (C.M.E.) implantada no Brasil, ocorreu no período de 1941 a 1944, localizada em São Paulo, situada no Hospital das Clínicas, as bases de planejamento da sua organização aconteceu pela direção do Dr. Odair Pedroso. A CME apresenta função de executar o processo de esterilização dos materiais hospitalares, considerado por muito autores como o coração do hospital, e atua visando à prevenção de infecções, mesmo que indiretamente. Possui história que vem acompanhada dos procedimentos cirúrgicos e com a crescente demanda por insumos, direcionou-se a atenção para zelar por melhores condições da cirurgia e procedimentos invasivos, como também nos cuidados pós-cirúrgicos. O surgimento e o desenvolvimento das Centrais, mesmo que com o seu desenvolvimento progressivamente marcados por limitações econômicas e escassez de pessoal especializado, é um fato de grande importância para a assistência qualificada por tornar os artigos estéreis, sendo eficaz na prevenção contra infecções operatórias, junto com a utilização das técnicas assépticas durante o procedimento cirúrgico. Devemos direcionamos nosso olhar para relação direta com o advento da cirurgia e com a infecção em sítio cirúrgico o que implicaria nas complicações negativas das intervenções, na qual causam altos índices de morbimortalidade (COSTA AGUIAR et al., 2009; TAVARES et al., 1979; OURIQUES & MACHADO, 2013).

3.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com uma Pesquisa baseada em dados de cinquenta e seis países-membros, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008, demonstra uma estimativa anualmente de 234,2 milhões de procedimentos cirúrgicos no mundo, uma para vinte e cinco pessoas vivas, com decorrência de óbitos em dois milhões de pessoas e sete milhões de complicações relacionadas com o ato cirúrgico e de cada trezentos pacientes admitidos nos Hospitais morre um paciente, sendo que a metade desses problemas considera-se como uma causa evitável. Porém, setenta e cinco por cento destas cirurgias foram efetuadas nos países desenvolvidos e que contam com apenas trinta por cento população mundial e para os em

desenvolvimento resta vinte e cinco por cento dos procedimentos realizados. A infecção hospitalar continua a ser uma fatalidade, caracterizada também como um sério problema de saúde pública, pelo recurso econômico escasso e para ambos o problema do erro humano (RIBEIRO et al, 2017; FERRAZ, 2009).

O efeito adverso é um evento prejudicial aos pacientes que na maioria das vezes poderiam ser evitados pelos profissionais de saúde, compreende-se pelos: descuidos com a esterilização, resultando na maioria das vezes altos índices de infecções hospitalares; quedas, sendo os idosos mais susceptíveis; equipamentos defeituosos, falta de manutenção de equipamentos; troca de pacientes (medicação, operação), troca do lado da operação ou procedimento; técnica cirúrgica ou anestésica inadequada e falta de treinamento profissional, existindo assim uma relação muito próximo entre o evento adverso e o erro com os salários baixos, condições inadequadas e jornadas excessivas de trabalho, dentre outros (FERRAZ, 2009).

O erro humano na prestação da assistência de saúde cometido por profissionais é extremamente elevado, estima-se em cento e cinquenta mil óbitos por ano nos USA e oitenta mil por ano na Grã-Bretanha, sendo a terceira causa de mortalidade após o câncer e as cardiopatias. Não existe estimativa desses números no Brasil, pois supõem que o fantasma da punição pela falha humana inibe o ato de comunicar sobre o ocorrido, gerando assim a falta de notificação e só aparecendo geralmente após os óbitos (FERRAZ, 2009).

A definição de Segurança do Paciente é caracterizada pela redução dos riscos e seus danos associados aos cuidados de saúde, os quais são desnecessários, ou seja, visa a diminuição dos eventos adversos ao mínimo aceitável. A primeira discussão referente a temática ocorreu no ano de 1999 e sendo fortalecida a partir da publicação do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) intitulada como “*Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro [To Err is Human: Building a Safer Health System]*”, em que relata os prejuízos oriundos pela ineficiência da assistência à saúde em pacientes norte-americanos (BRASIL, 2011; REIS & SILVA, 2016).

Esses problemas acredita-se ser inadmissível no Século XXI e lamentável ocorrer óbitos por evento adverso, o que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Universidade de Harvard a iniciar a Cirurgia Segura Salva Vidas como uma campanha mundial para redução desses índices vergonhosos que comprometem toda a população envolvida. A OMS estabelece uma meta que até o ano de 2020 ocorra uma redução de vinte e

cinco por cento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, o que implicaria em uma significativa redução da morbidade e da mortalidade, visto que a infecção cirúrgica (incluindo a do sítio cirúrgico) é a que produz maiores ocorrências de mortes e complicações com elevação de custeamento para o tratamento. O impacto clínico deste fato implica no prolongamento da permanência hospitalar, geralmente de dez a quinze dias, período para terapia medicamentosa com antibióticos e com elevação do risco de re-hospitalização em cinco vezes, pela alta precoce e em casos mais graves necessitam do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na qual duplica a mortalidade e os gastos (RIBEIRO et al, 2017; FERRAZ, 2009).

O custo com o tratamento das Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC), geralmente, para cada especialidade cirúrgica diverge entre si, estima-se que no Brasil, no Hospital das Clínicas da UFPE, através de uma pesquisa realizada em 1989, foi de US\$ 1,400.00 para uma complicação da cirurgia de colecistectomia, US\$ 500.00 para uma de cesariana e US\$ 1,100.00 para uma gastrectomia total, dados esses que comprovam o elevado custo para tratamento das ISC's e de acordo com outro levantamento para os Estados Unidos estabelece aproximadamente 10 bilhões de dólares por ano, sendo um dado mais atualizado para os custeios dos recursos (FERRAZ, 2001; FERRAZ, 2009).

Diante dos dados alarmante, a OMS realizou a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, junto aos Estados-Membros, ocorrida em maio de 2002, recomendando uma maior atenção ao problema da segurança do paciente. E no ano de 2004 a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, na qual tem o objetivo de despertar a consciência dos profissionais de saúde e o comprometimento público para melhoria da segurança na assistência aos pacientes, ressaltando o apoio no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais. Com esta aliança a OMS estabelece os Desafios Globais para a Segurança do Paciente e a cada dois anos um novo Desafio é elaborado para impulsionar o comprometimento global e destacar temas correlacionados. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” destacando as infecções relacionadas com a assistência à saúde prestada aos pacientes em diversos ambientes, envolvendo assim os objetivos: 1) higienização das mãos, em vários momentos, sempre que tiver contato com os pacientes ou com objetos e superfícies de contato com os mesmos; 2) procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros (paciente, local corretos, etc.); 3) segurança na transfusão de hemocomponentes e dos hemoderivados; 4) administração segura dos

medicamentos injetáveis e de imunobiológicos; e 5) segurança no manejo de resíduos em geral, (tanto para os comuns quanto para os oriundos dos serviços hospitalares), do saneamento básico e da água (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

Já o segundo Desafio Global para a Segurança do paciente, lançado no ano de 2007, dirige a atenção para a prática cirúrgica, objetivando: 1) prevenção de infecções de sítio cirúrgico; 2) anestesia segura; 3) equipes cirúrgicas seguras; e 4) indicadores da assistência cirúrgica, aumentando assim os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo. Para atender o segundo Desafio Global da OMS, o Ministério da Saúde Brasileiro (MSB), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), criou um manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas, em 2008, voltado para a segurança do paciente cirúrgico, o qual elencou quatro desafios subjacentes a serem vencidos para melhorar a segurança cirúrgica, os mesmos dos objetivos do segundo desafio global já mencionado anteriormente (BRASIL, 2009; MONTEIRO, 2014).

Em 2009, ocorreu a instalação da Campanha Mundial de higiene das mãos pela OMS, definindo assim a data de 5 de maio para tal movimento, tendo como principal objetivo convite para os países-membros e os serviços de saúde realizarem iniciativas sobre o assunto da higiene das mãos destinadas tanto para os profissionais de saúde como para os cidadãos. Muitos autores, inclusive nas publicações da OMS, demonstram que vários pacientes em todo o mundo são acometidos por infecções associadas ao cuidado de saúde e que por meio de estratégias simples, como a higienização das mãos, pode-se reduzir consideravelmente esse número, sendo importante ressaltar que o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” e que essa nova expressão amplia assim a abrangência dessa temática, sendo dividida em: a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos. O mais indicado que esse ato seja realizado em cinco momentos para redução de tais infecções, que são eles: 1) antes do contato com o paciente propriamente dito, ou seja, quando chega no setor de trabalho; 2) antes da realização de todos os procedimentos, do preparo/separação dos insumos utilizados na assistência; 3) após o risco da exposição, ou até mesmo pelo contato com os fluidos corporais; 4) após contato com os pacientes; e 5) após contato com as áreas próximas e/ou com os objetos dos indivíduos admitidos no setor (BRASIL, a, 2017; SILVA_et al, 2013).

A Segurança do Paciente no Brasil teve seu ápice no ano de 2013, a partir da publicação da Portaria 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente

(PNSP), fazendo parte da agenda política desde a mobilização do Ministério da Saúde junto à OMS, no qual tem objetivo geral na contribuição para a promoção e qualificação da assistência em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, propondo e validando os protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas através do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). O MSB também definiu as metas de segurança do paciente, nas quais foram influenciadas pelas da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, que são elas: 1) Identificação correta dos pacientes; 2) Melhorar a comunicação efetiva, tanto entre os profissionais de saúde quanto entre os profissionais com os pacientes; 3) Melhorar a segurança a prescrição, no seu uso e também sua administração de medicamentos; 4) Assegurar a cirurgia segura, tanto o local de intervenção quanto procedimento e paciente corretos; 5) Higienização simples das mãos em todos os momentos necessários para evitar infecções; 6) Reduzir o risco de possíveis lesões por pressão (LPP) e quedas, de acordo com a Figura 1 (REIS & SILVA, 2016; BARCELLOS, 2014).

Figura 1: Cartaz do Ministério da Saúde sobre as metas.



Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://tinyurl.com/y6qjfrog>

O último desafio que consta disponível na literatura é o Terceiro Desafio Global no qual ocorreu divulgação no ano de 2017, denominado como “Medicação sem Dano”, cuja finalidade principal a ser alcançada é a redução dos danos graves evitáveis relacionados aos medicamentos em cinquenta por cento até os próximos cinco anos (SANTOS et al, 2019).

3.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SALA DE CIRURGIA

O tema “Cirurgias Seguras” está disponível através do manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas, apresentado anteriormente e que apresenta objetivo da diminuição da morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas, consiste em definir um conjunto de normas básicas de segurança do paciente dirigidas à prevenção das infecções pós-cirúrgicas, dos procedimentos anestésicos, das equipes cirúrgicas e a mensuração dos indicadores cirúrgicos. Para minimizar a perda desnecessária de vidas e complicações sérias, oriundo dos atos cirúrgicos, a OMS realiza apoio e orientações para a cirurgia segura para as equipes operatórias e que apresenta dez metas essenciais em qualquer caso cirúrgico (BRASIL, 2009; BRASIL, a, 2017).

Esse conjunto de propósitos podem ser considerados como uma ferramenta para a segurança do paciente na prática dos profissionais deste setor, auxiliando-os no desenvolvimento de ações que visam à redução dos erros nos processos assistenciais. Tais alvos são descritos pelos autores da seguinte forma:

- Objetivo 1: A equipe realizará a operação no paciente e o local cirúrgico, ambos certos. Os principais fatores que contribuem para a ocorrência de cirurgias em locais errados são pelas falhas de comunicação entre os membros da equipe operatória, em especial nos casos das cirurgias ortopédicas;
- Objetivo 2: A equipe usará os métodos mais conhecidos para impedir os danos da administração dos medicamentos e dos anestésicos enquanto o protege da dor. Recomenda-se a presença contínua do anestesiológico qualificado durante toda a cirurgia para vigilância do paciente, avaliando e intervindo caso ocorra alguma intercorrência;
- Objetivo 3: Reconhecer e está preparada para perda de via aérea pérvia, na qual ameaça a vida do indivíduo. A manutenção segura da via aérea dos pacientes submetidos à anestesia geral é considerada como um ponto crítico na indução anestésica e que necessita uma atenção maior, nesses casos o indivíduo fica mais

vulnerável a situação de risco, como hipóxia e bronco aspiração, causadas principalmente pela ventilação inadequada, pela intubação esofágica e pela aspiração traqueal difícil;

- Objetivo 4: Está preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas e os reconhecerá o mais rápido possível. As hemorragias estão ligadas à instabilidade hemodinâmica e pelas quais podem ser associadas aos resultados cirúrgicos insatisfatórios. O controle da perda sanguínea e a redução de seus efeitos clínicos decorre na reposição volêmica pela qual promove benefícios parciais ou totais na perfusão sistêmica;
- Objetivo 5: Evitar a indução de reação adversa e investigará sabiamente os riscos do paciente ter reações alérgicas aos medicamentos, sendo um item de checagem no período antes da indução anestésica. A maioria envolve a administração intravenosa da forma em *bolus* e que os principais erros com os medicamentos são: a) Omissão: quando deixa de administrar a droga desejada, b) Repetição: administra-se uma dose extra da droga prescrita, c) Substituição: quando aplica-se uma droga errada, d) Dose errada: dosagem ou taxa de infusão contínua incorreta, e) Via incorreta: administração da droga pela via errada, d) Paciente incorreto: indução de droga no paciente errado, dentre outros;
- Objetivo 6: Usar de maneira sistemática os métodos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico. As estratégias mais conhecidas são: a) Realizar o preparo da pele e avaliar também as características e comorbidade do paciente, b) Utilização das soluções antissépticas em todos os procedimentos cirúrgico, bem como lavagem simples das mãos, c) Avaliar os fatores ambientais e a higienização do ambiente. d) Efetuar e avaliar a esterilização de instrumentais, e) O uso de antimicrobianos profiláticos etc.
- Objetivo 7: Impedir a retenção desatenta de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas. É necessário padronizar o procedimento de contagem, antes e após o ato cirúrgico e preferencialmente por duas pessoas (instrumentador e circulante), de gazes e compressas e todos os instrumentais cirúrgicos, para evitar a incidência de perdas dos materiais e até esquecimento dentro do paciente.
- Objetivo 8: Manter seguros e realizar identificação precisamente de todos os espécimes cirúrgicos. Na literatura apresenta que existem poucos dados com relação a

erros referente ao processo de identificação de peças ou espécimes cirúrgicos, mesmo assim é necessário a mesma pelo fato de economizar tempo e dinheiro para realizar todo o processo de esterilização.

- Objetivo 9: Comunicar efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação. A comunicação efetiva tem uma função importante em todos os aspectos no cuidado em saúde além da prevenção dos erros e melhorar o desempenho do precedente cirúrgico, com os tipos relação de comunicação que são eles: entre os profissionais da equipe multiprofissional da saúde e entre profissionais e paciente.
- Objetivo 10: Estabelecer uma vigilância da rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos. Os hospitais e os sistemas de saúde pública devem monitorar as taxas dos eventos adversos, da mortalidade pós-operatória de pacientes internados e das infecções em sítio cirúrgico, tais informações são importantes para realizar avaliações, ajustes dos riscos e elaborar medidas de prevenção, favorecendo assim para uma gestão qualificada dos serviços no setor (BRASIL, 2009; CRUZ JUNIOR et al, 2006; GRAZZIANO et al, 2016; GUTIERRES et al, 2019).

3.4 O CHECKLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS

O *checklist* é um instrumento recomendado pela OMS e estudiosos da área da segurança do paciente, fazendo-lhe parte da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica do manual de Cirurgias Seguras Salvam Vidas do MSB, a ideia principal é checar todas as possibilidades de eventuais falhas da assistência em saúde, sendo importante para redução dos eventos adversos, nas quais possam ocorrer em todo o período cirúrgico, podemos citar as falhas por erros em diversos níveis de responsabilidade pela equipe multidisciplinar, compartilhadas entre o hospital, o médico, o próprio paciente e os seus familiares, no caso de pessoas dependentes. O hábito da checagem de todos os passos de um procedimento nasceu na aviação, pois na Segunda Guerra Mundial um dos melhores aviões, o cargueiro B-17, caiu logo após sua primeira decolagem, embora estivesse sendo pilotado por um experiente piloto, ao ser analisado o que teria ocorrido com a aeronave construída pela fábrica Boeing para as Forças Aéreas do Exército dos Estados Unidos, constatou-se que o piloto não havia realizado a configuração do avião antes da decolagem. A partir deste episódio a checagem tornou-se obrigatório na aviação e a partir desse modelo prosseguiu para outras áreas, inclusive para a cirurgia (RIBEIRO et al., 2017; CAMALHO, 2014).

De acordo com a pesquisa realizada por especialistas da Organização Mundial de Saúde em oito hospitais de oito cidades participantes do programa “Cirurgias Seguras Salva Vidas” (Toronto, Canadá; Nova Déli, Índia; Amã, Jordânia; Auckland, Nova Zelândia; Manila, Filipinas; Ifakara, Tanzânia; Londres, Inglaterra; e Seatles, Estados Unidos) no Segundo Desafio Global para a Segurança, caracterizando como marco inicial para a segurança do paciente no ambiente cirúrgico, confirmou-se os benefícios do uso de *Checklist* de Segurança Cirúrgica (CSC) para os pacientes deste setor. Foram investigados 7.688 procedimentos, sendo 3.733 antes da utilização do instrumento e 3.955 após o preenchimento do mesmo, evidenciando redução de 36% nas complicações cirúrgicas, 47% na taxa de mortalidade decorrente das intervenções, 50% nas taxas de infecção e 25% na necessidade de nova intervenção cirúrgica. Tais resultados destacaram que o uso destas checagens, praticamente dobrou a chance dos pacientes serem submetidos a tratamento cirúrgico com padrões seguros de cuidados em saúde (ALPENDRE et al. a, 2017; GRAZZIANO et al, 2016).

O *Checklist* da Cirurgia Segura deve ser aplicado em três momentos durante o procedimento cirúrgico pela equipe (cirurgião, anestesista e pelo enfermeiro), que são eles: a) Antes da indução do anestésico; b) Antes do início da incisura cirúrgica (corte) e, c) Antes da saída do paciente, da sala de cirurgia, de acordo com a Figura 2 (BRASIL, b, 2017).

As pesquisas mostram que o uso da checagem é prática incentivada e benéfica pelo fato de reduzir a dependência da memória e intuição dos profissionais do centro cirúrgico, reduzindo ao máximo os erros, tornando-se sinônimo de melhor ferramenta técnica em áreas de alto risco. Esses instrumentos de verificação revolucionam a assistência e como o conhecimento é aplicado em prática, além de constituir recurso básico para prestação do cuidado seguro e com custo mínimo as instituições hospitalares. A OMS recomenda a elaboração de outros *checklists* para os restantes dos ambientes de serviços intra-hospitalares, como forma de estimular a cultura da segurança do paciente. Assim, com base nas recomendações mundiais para cirurgias seguras, é responsabilidade ética profissional de enfermagem, do enfermeiro, o preenchimento da lacuna identificada em relação à verificação de elementos de segurança durante o ato cirúrgico, e elementos precursores de complicações pós-operatórias (ALPENDRE et al. a, 2017).

Figura 2: Lista de Verificação de segurança cirúrgica (*Checklist*).

Organização Pan-Americana da Saúde
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde R0SL

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica Antes da incisão cirúrgica Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO 	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO 	<input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS	<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?	<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
O PACIENTE POSSUI:	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
ALERGIA CONHECIDA?	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR)
<input type="checkbox"/> NÃO	A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	<hr/> Assinatura
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> NÃO	AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?	
<input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS	<input type="checkbox"/> SIM	
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS		

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://tinyurl.com/crz8eww>

O Ministério da Saúde define os itens a serem verificados em cada momento, conforme a Figura 2, sendo eles:

1) Antes da indução anestésica:

- ✓ Identificar corretamente o indivíduo, o local da cirurgia e o procedimento a ser realizado bem como o consentimento do mesmo, verificar também os exames de imagem;
- ✓ Confirmar com o paciente sua identificação, fazendo comparação com o prontuário do mesmo, verificar o tipo do procedimento, o sítio cirúrgico, a assinatura do consentimento

para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, por vários motivos, um familiar poderá assumir esta função como responsável legal pelo indivíduo.

✓ Demarcar o local correto do sítio cirúrgico – demarcar a localidade da cirurgia no corpo da pessoa com uso de caneta demográfica, nos casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade de membro e para estruturas múltiplas. O símbolo de uso deverá ser padronizado pela própria instituição, evitando-se marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado o sinal de alvo.

✓ Verificar a segurança anestésica, pontos que serão realizados pelo anestesiológico:

- a) Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico;
- b) Verificar as alergias conhecidas pelo paciente.
- c) Realizar análise constantemente das vias aéreas do indivíduo para avaliar a permeabilidade e também o risco de aspiração de secreções.
- d) Verificar a observação do risco de perda sanguínea que venha a está presente tanto durante a cirurgia como também no período pós-operatório.

2) Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica).

✓ Realizar a identificação de todos os membros da equipe profissional envolvido na cirurgia;

✓ Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento com os membros;

✓ Verificar a previsão de eventos críticos:

- a) Cirurgião: prever etapas críticas como a duração da cirurgia e a perda sanguínea.
- b) Anestesiológico: observar possível eventos de complicações anestésicas e informar antes do início da cirurgia a necessidade do uso de sangue e/ou de hemoderivados, além da avaliação da presença de comorbidades e das características específicas passíveis de complicação de cada paciente.
- c) Equipe de Enfermagem: confirmar verbalmente a revisão as condições de esterilização, realização da contagem dos materiais, realizar o posicionamento do paciente na mesa cirúrgica, avaliar estado e promover materiais e equipamentos necessário para a cirurgia, bem como a infraestrutura em relação a higienização do ambiente. Verificar a comprovação da realização de profilaxia antimicrobiana.

3) Antes do paciente deixar a sala de cirurgia

- ✓ Confirmar o nome correto do procedimento com a equipe;
- ✓ Verificar a correta contagem dos instrumentais, das compressas e gazes, bem como as agulhas, para confirmar com a inicial;
- ✓ Confirmar a devida identificação da amostra com o nome do paciente, tipo de tecido, data, setor/hospital, caso possua;
- ✓ Documentar problemas com equipamentos, para tentar corrigir até a próxima cirurgia na sala em questão;
- ✓ Rever as medidas para a recuperação pós-operatória, pela equipe multiprofissional (Cirurgião, Anestesiologista e a Equipe de enfermagem), documentar no prontuário os dados necessários (BRASIL b, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão da bibliográfica com natureza narrativa realizada em artigos científicos na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online).

A abordagem qualitativa é aquela que visa abordar sobre as qualidades do objeto de estudo, orienta-se um pouco mais além da explicação apenas, compondo-se de um processo de interpretação e compreensão da realidade. (ARAÚJO, 2017; LAKATOS & MARCONI, 2009).

Mancini e Sampaio (2006), comprovam que a revisão da bibliográfica é um tipo de estudo pelo qual os autores analisam e sintetizam as informações disponibilizadas na literatura transformando em dados relevantes para seu trabalho, utilizando-se de comentários como ideia principal e tornado os dados com suas próprias palavras, tendo fonte através de artigos, livros, manuais etc.

Vosgerau e Romanowsk (2014), apresentam o tipo narrativo como uma análise ampla da literatura sem estabelecer uma metodologia rigorosa tornando-se como uma forma fácil de trabalho científico para uma melhor reprodução dos dados para as questões específicas.

Para a base SciELO utilizou-se os termos e descritores “Centros Cirúrgicos”, “Procedimentos Cirúrgicos Operatórios”, “Segurança do Paciente” e “*Checklist*” para busca dos artigos, incluindo aqueles disponíveis na íntegra, idioma português, com relevância da temática e de acesso livre e para os critérios de exclusão foram artigos repetidos, os que não apresenta

texto completo, bem como os que não se adequavam a temática. A análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo com a leitura dos títulos e resumos primeiramente e depois a apreciação do texto completo seguindo com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para posteriormente realizar a organização das apresentações das tabelas que consta a seguir nos resultados.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa, por tratar-se de uma Revisão de Literatura, não será operacionalizada utilizando-se de abordagem a seres humanos, portanto não será necessária a sua submissão ao Conselho de Ética em Pesquisas (CEP). Os dados apresentados são de domínio público.

4.3 DESFECHOS

4.3.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Os resultados esperados ao final da pesquisa serão a discussão e compartilhamento de conhecimentos gerados pela presente revisão acerca a segurança do paciente na dinâmica do Centro Cirúrgico. Assim, almeja-se contribuir para os meios acadêmicos, profissionais de saúde da área e conseqüentemente para os usuários dos serviços.

4.3.1 DESFECHO SECUNDÁRIO

Pretende-se encaminhar o produto da pesquisa em forma de artigo para publicação no congresso na própria instituição ou para submissão em uma revista científica de enfermagem, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto.

4.4. FINANCIAMENTO

A pesquisa será financiada com recursos próprios dos pesquisadores associados. As despesas provenientes desta pesquisa serão de total responsabilidade dos pesquisadores associados. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN responsabilizará pela disponibilização da estrutura física e também de alguns recursos materiais, como computadores, conectivos, acesso livre a internet no local e referências bibliográficas contida na biblioteca, bem como orientadora e banca examinadora.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram empregados na base de dados os termos de indexação “Centros Cirúrgicos”, “Procedimentos Cirúrgicos Operatórios”, “Segurança do Paciente” e “*Checklist*”, isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal em primeiro momento, posteriormente feito apenas a consulta do título de todos os exemplares e para aqueles interessantes foram realizados a leitura dos resumos e do texto na íntegra. Ao longo da busca dos artigos que compuseram este estudo foram identificados a quantidade de artigos para os descritores da seguinte forma: Centros Cirúrgicos = 9, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios = 142, Segurança do Paciente = 444 e *Checklist* = 752. Observou-se a prevalência de publicações na língua portuguesa, representando 64% do total, quando comparada às línguas: espanhola (9,6%) e inglesa (26,4%).

Conforme apresenta a Tabela 1, especificamente no que tange as 28 referências selecionadas, houve uma oscilação do número de estudos publicados por ano, variando entre o período de 1976 e 2019.

Tabela 1: Caracterização das Publicações.

Nº	Tipo da Publicação	Autor e Ano	Título	Objetivo/Público-alvo	Modelo/Qualidade Metodológica
1	EDITORIAL	PINOTTI, 2008	filosofia da cirurgia doutrina filosofia da cirurgia centrada no paciente, humano	A da - a Informação da filosofia da cirurgia/Leitores	Informativo/Simples, claro e muito bem escrito
2	CAPÍTULO DE LIVRO	REZENDE, 2009	médico história	O ato sobre as Crônicas da história da medicina/Leitores	Historia Informativa/ Muito interessante, ótima escrita

3	ARTIGO	REBOLLO, 2006	O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno	Discutir o legado de Hipócrates e do <i>Corpus hippocraticum</i> (CH)/Leitores	Revisão de Literatura/Artigo antigo mas com ótima escrita
4	ARTIGO	FIOLHAIS, 2014	Sobre o início da cirurgia mundo e Portugal	Informação sobre início da cirurgia/Leitores	Revisão de Literatura/Artigo com Metodologia antiga, rico em imagens belíssimas, ótima escrita
5	LIVRO	RODRIGUES, 1999	O corpo na história	Relação Antropologia e saúde/Leitores	Revisão de Literatura/Extremamente detalhista e ótima escrita
6	ARTIGO	KICKHÖFEL, 2011	A ciência visual de Leonardo Vinci: notas para uma interpretação de seus estudos anatômicos	Informação sobre a história de Leonardo da Vinci/Leitores	Revisão de Literatura/Artigo com Metodologia antiga com impressionantes imagens dos quadros de da Vinci, muito bem elaborado e ótima escrita
7	ARTIGO	COSTA et al., 2009	O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo	Objetivo de refletir sobre os modos pelos quais Florence Nightingale é representada na produção científica de Enfermagem/Leitores	Estudo descritivo qualitativo com perspectiva histórica/ Metodologia impecável e atual
8	ARTIGO	FRELLO & CARRARO,	Contribuições de	Identificar a contribuição dos feitos e	Revisão da

		florence nightingale: uma revisão integrativa literatura	escritos de literatura/ Florence a atual com Nightingale/ ótima Leitores escrita
9	ARTIGO	COSTA AGUIAR et al., 2009	Abordar A evolução das alguns centrais de aspectos material e relacionados esterilização: à evolução história, do processo atualidades e em Centrais perspectivas para de Material a enfermagem e Esterilizaçã o/Leitores
10	ARTIGO	TAVARES et al., 1979	Central de Descrição material e da CME do esterilização em Hospital das hospitais pontos a Clínicas de observar e erros a São evitar Paulo/Leitor es confusa
11	ARTIGO	OURIQUES & MACHADO, 2013	Analisar o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes no Centro de Cirúrgico e Centro de Material e Esterilizaçã o/Profission ais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem
12	ARTIGO	RIBEIRO et al,	Adesã Descrever a Estudo documental e

		2017	o preenchimento de <i>checklist</i> de segurança cirúrgica	ao preenchimento de <i>checklist</i> de cirurgia segura/Leitores	adesão ao retrospectivo/Metodologia atual com ótima escrita e resultado impecável
13	EDITORIAL	FERRAZ, 2009	A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI	Informação sobre a cirurgia segura/Leitores	Informativo/Simples, claro e muito bem escrito
14	BOLETIM INFORMATIVO/MANUAL	BRASIL, 2011	Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde	Boletim Informação sobre Segurança do paciente/Leitores	Informativo/Elaborado, claro e muito bem escrito
15	ARTIGO	REIS & SILVA, 2016	Segurança do paciente	Informação sobre Segurança do paciente/Leitores	Resenha/Simples, claro e muito bem escrita
16	ARTIGO	FERRAZ, 2001	Controle de infecção em cirurgia geral - resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias	Avaliar uma metodologia simples adotada há 23 anos em um hospital público universitário no controle das infecções pós-cirúrgicas/cirurgias realizadas	Pesquisa de campo com as informações contidas nas fichas de controle de infecção, que são anexadas ao prontuário de cada paciente/Metodologia atual, com resultado e discussão impecáveis, ótima escrita
17	Livro/Manual	BRASIL, 2009	Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas	Informação sobre Segurança do paciente/Leitores	Informativo/Elaborado, claro e muito bem escrito

			(orientações para cirurgia segura da OMS)		
18	ARTIGO	MONTEIRO, 2014	Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória	construir e validar o conteúdo de um instrumento para registro da assistência de Enfermagem Perioperatória para um Hospital de Clínicas/ Enfermagem	Relato de experiência//Metodologia atual, com resultado e discussão impecáveis, ótima escrita
19	Livro/ Manual	BRASIL, a, 2017	Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática	Informação sobre Segurança do paciente/ Leitores	Informativo/ Elaborado, claro e muito bem escrito
20	ARTIGO	SILVA et al, 2013	Higienização das mãos e Segurança do Paciente Pediátrico	Avaliar se a higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicamentos e fuidoterapia /Profissionais de enfermagem	Estudo quantitativo exploratório descritivo//Metodologia atual, com resultado e discussão impecáveis, ótima escrita
21	ARTIGO	BARCELLOS, 2014	Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras	Identificar as ações de segurança a e pacientes	Estudo de abordagem descritiva e qualitativa//Metodol

		idosos atendidos em unidades básicas de saúde e em serviços hospitalares na concepção de enfermeiros/ Enfermeiros	ogia atual com ótima escrita
22	ARTIGO	SANTOS et al, 2019	Identificar os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa no cenário de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/profissionais da UPA
23		CRUZ JUNIOR et al, 2006	Experimentação/ Abordagem muito interessante, metodologia atual, com resultado e discussão impecáveis, ótima escrita

24	LIVRO	GRAZZIANO et al, 2016	Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura	Informação sobre Segurança do paciente/ Leitores	Informativo/ Elaborado, claro e muito bem escrito
25	ARTIGO	GUTIERRES et al, 2019	Adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas: perspectiva de enfermeiros	Mensurar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em centros cirúrgicos/ Enfermeiros	Estudo transversal/ Metodologia atual, com resultado e discussão impecáveis, ótima escrita
26	EDITORIAL	CAMALHO, 2014	Cirurgia segura para todos	Informação sobre Segurança do paciente/ Leitores	Resenha/Simples, claro e muito bem escrita
27	Livro/ Manual	BRASIL 2017	Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde	Informação para Práticas seguras sobre Segurança do paciente/ Leitores	Informativo/ Elaborado, claro e muito bem escrito
28	ARTIGO	ALPENDRE et al. a, 2017	Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório	Elaborar, avaliar e validar um <i>checklist</i> de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-	Pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa/ Metodologia atual, abordagem interessante e com ótima escrita

	operatório de unidades de internação cirúrgica/E nfermeiras
--	---

Fonte: Autoria Própria, 2020.

O critério utilizado para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona à associação e aproximação do tema para ter o fruto da pesquisa o embasamento do referencial teórico. Devido à qualidade dos artigos encontrados não ser de boa qualidade ocorreu um acréscimo de critérios da relevância temática, sendo pesquisado assim os principais temas: cirurgia, segurança do paciente, checklist e para uma melhor organização da revisão foram divididos o referencial teórico da seguinte forma: (1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CIRURGIA; 1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE; 1.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SALA DE CIRURGIA e 1.4 O CHECKLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS), de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização dos estudos do Referencial Teórico.

Capítulo	Descrição de autores utilizados	Pontos abordados
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CIRURGIA	(PINOTTI, 2008; REZENDE, 2009; REBOLLO, 2006; FIOLEAIS, 2014; RODRIGUES, 1999; KICKHÖFEL, 2011; COSTA et al., 2009; FRELLO & CARRARO, 2013; COSTA AGUIAR et al., 2009; TAVARES et al., 1979; OURIQUES & MACHADO, 2013).	a) Idade Antiga (4000) — a medicina era realizada por sacerdotes, charlatões, mágicos e aventureiros daquela época, Hipócrates era conhecido como o pai da medicina, os ensinamentos eram passados de geração para geração; b) Idade Média (476) — Criação dos Cursos Médicos Oficiais, institucionalização e fiscalização da profissão, em Bagdá, no ano 931 d.C.; c) Idade Moderna (1453) — principais personalidades: Andreas Vesalius (Bruxelas 1514 – Zakynthos 1564);

	<p>Leonardo da Vinci (1452-1519)</p> <p>d) Idade Contemporânea — compreende de 1789 até aos dias atuais. Com a Guerra da Crimeia florence identificou vários pontos para benéficos para os cuidados dos pacientes em 1862; criação da CME, período de 1941 a 1944 fato importante para os cuidados assépticos com os insumos das cirurgias evitando assim as infecções em sítio cirúrgico.</p>
<p>1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	<p>1999- A primeira discussão referente a temática de segurança do paciente;</p> <p>2002- OMS realizou a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, junto aos Estados-Membros, recomendando uma maior atenção ao problema;</p> <p>2004- A OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente;</p> <p>2005- Lançado o primeiro Desafio Global e em 2007- Segundo Desafio Global para a Segurança do paciente</p> <p>2009- Ocorreu a instalação da Campanha Mundial de higiene das mãos;</p> <p>2013- publicação da Portaria 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);</p> <p>2017- Ocorreu divulgação do Terceiro Desafio Global denominado como “Medicação sem Dano”.</p> <p>(RIBEIRO et al, 2017; FERRAZ, 2009; BRASIL, 2011; REIS & SILVA, 2016; RIBEIRO et al, 2017; FERRAZ, 2001; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; MONTEIRO, 2014; BRASIL, a, 2017; SILVA et al, 2013; REIS & SILVA, 2016; BARCELLOS, 2014; SANTOS et al, 2019).</p>
<p>1.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SALA DE CIRURGIA</p>	<p>Abordado o Manual: Cirurgias Seguras Salvam Vidas e elencado os 10 objetivos.</p> <p>(BRASIL, 2009; BRASIL, a, 2017; BRASIL, 2009; CRUZ JUNIOR et al,</p>

	2006; GRAZZIANO et al, 2016; GUTIERRES et al, 2019).	
1.4 O CHECKLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS	(RIBEIRO et al., 2017; CAMALHO, 2014; ALPENDRE et al. a, 2017; GRAZZIANO et al, 2016; BRASIL, b, 2017; ALPENDRE et al. a, 2017; BRASIL b, 2017).	Realizado a Definição para o Checklist e apresentado como recomendação pela OMS e estudiosos como instrumento eficaz para a segurança do paciente, apresentado o local e forma de criação dele que foi: Na Segunda Guerra Mundial um dos melhores aviões, o cargueiro B-17, demonstrando os momentos de utilização do checklist.

Fonte: Autoria Própria, 2020.

Todos esses capítulos do referencial apresentaram dificuldades para localização de bons artigos com a temática no geral, diante disto foram acrescentados manuais, cartilhas e portarias do ministério da saúde, livro sobre segurança do paciente, ao final da seleção obtiveram um total de 28 publicações que foram incluídas na revisão com todos os critérios mencionando anteriormente, a maioria dos artigos são de abordagem teórica do tipo de revisões de literaturas. Analisando as pesquisas científicas sobre a segurança do paciente na dinâmica do Centro Cirúrgico observava-se pouco exemplares de boa qualidade, apesar dos 444 artigos, mas os que foram escolhidos para composição da presente pesquisa eram de leitura com fácil compreensão e metodologia impecável, de acordo com a Tabela 1.

Ribeiro et al., 2017 afirmam que no Brasil há uma escassez de estudos sobre a segurança do paciente e nos dados que demostrem os métodos de trabalho no processo de implantação e de preenchimento adequado do instrumento em questão bem como sua tamanha importância para a redução dos eventos adversos o que relaciona-se com a dificuldade apresentada neste estudo (RIBEIRO et al., 2017).

O *checklist* é descrito por vários autores como um instrumento capaz de realizar a checagem de quase todas as possibilidades das eventuais falhas que possam ocorrer no procedimento cirúrgico e as suas implicações da ausência de sua utilização pode acarretar prejuízos para o paciente que podem ser no geral irreversível, como é o caso da mortalidade em decorrência de complicações desnecessárias das cirurgias. As informações dos

procedimentos cirúrgicos podem ser armazenadas neles, servindo-lhes para alimentação dos bancos de dados, fornecendo também respaldo legal para as instituições de saúde e para os profissionais de saúde e conferindo uma melhor qualidade da assistência prestada aos pacientes (CAMALHO, 2014; ALPENDRE et al. a, 2017).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados apresentados nas literaturas, pode-se afirmar que o *Checklist* é uma ferramenta extremamente eficaz para a segurança do paciente no âmbito do centro cirúrgico, tendo a necessidade de operacionalização a cada procedimento cirúrgico com seu preenchido de forma adequada nos três momentos: Antes da indução anestésica, Antes da incisão cirúrgica, Antes do paciente deixar a sala de cirurgia os mesmos preconizados pelo Ministério da Saúde, que segue as diretrizes da OMS e deve sempre ser reconhecido como um item importante em todos os níveis de atendimento em saúde.

Ao longo da coleta dos dados desta investigação surgiram algumas dificuldades para localização dos artigos para coincidirem com a temática no geral, bem como com os descritores devido a pouca quantidade dos exemplares disponíveis na da base de dados selecionada e também por fugirem dos objetivos.

Com esta pesquisa e com opiniões de vários outros autores sobre a mesma questão ressaltamos que é necessário ter maiores estudos sobre segurança do paciente e em especial no âmbito do centro cirúrgico e que devido a pouca quantia de estudos sobre o referido tema tem-se a necessidade de mais pesquisas, consequentemente a realização das divulgações dos conhecimentos sobre a temática e estimulando a utilização do instrumento pelos profissionais de saúde para favorecer a cultura da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ALPENDRE, Francine Taporosky; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; DYNIEWICZ, Ana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo e; SANTOS, Gabriela de Souza dos. Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2907, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100357&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2019.

ARAUJO, Cláudio Márcio de; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos Lopes de; ROSSATO, Maristela. O Sujeito na Pesquisa Qualitativa: Desafios da Investigação dos Processos de Desenvolvimento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 33, e33316, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100702&lng=en&nrm=iso>. acessos em 12 Oct. 2019.

BARCELLOS, G.B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 139-158. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Available from: doi: 10.7476/9788575415948.0009. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/vtq2b/epub/sousa-9788575415948.epub>. acessos em 16 out. 2019.

BRASIL. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 211 p. de 2009, ISBN 978-85-87943-97-2, Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf>. acessos em 13 out. 2019.

BRASIL. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, v. 1, n. 1, Jan-Jul de 2011, Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguranca+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servicos+de+Saude+nº+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>>. acessos em 13 out. 2019.

BRASIL, a. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**, Brasília, 2017. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexão+Teórica+Aplicada+à+Prática/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>>. acessos em 16 out. 2019.

BRASIL, b. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**, Brasília, 2017. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+Técnica+GVIMS-GGTES+nº+04-2017/2bbdb035-4356-4512-841e-8ef5ddbdbc75>> acessos em 21 out. 2019.

CAMANHO, Gilberto Luis. Cirurgia segura para todos. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 553-554, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162014000600553&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2019.

CARVALHO, Paloma Aparecida; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato Göttems; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am.**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, Dec. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=en&nrm=iso>. acessos em 10 Nov. 2019.

CASTRO, Thiago Gomes de; ABS, Daniel; SARRIERA, Jorge Castellá. Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 814-825, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400011&lng=en&nrm=iso>. acessos em 12 Oct. 2019.

CAUDURO, Graziela Maria Rosa; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; ANDOLHE, Rafaela; LANES, Taís Carpes; ONGARO, Juliana Dal. Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e64818, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200408&lng=en&nrm=iso>. acessos em 07 Nov. 2019.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra; AMANTE, Lúcia Nazareth; COSTA, Eliani; BOCK, Lisnéia Fabiani. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, Dec. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso>. acessos em 12 Oct. 2019.

COSTA AGUIAR, B.G.; SOARES, E.; COSTA DA SILVA, A.. A evolução das centrais de material e esterilização: história, atualidades e perspectivas para a enfermagem. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 15, fev. 2009. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 out. 2019.

COSTA JUNIOR, Áderson Luiz; DOCA, Fernanda Nascimento Pereira; ARAÚJO, Ivy; MARTINS, Luciana; MUNDIM, Lara; PENATTI, Ticiania; SIDRIM, Ana Cristina. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 271-284, June 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200013&lng=en&nrm=iso>. acessos em 13 Oct. 2019.

CRUZ JUNIOR, Ruy Jorge; YADA-LANGUI, Margareth M.; GARRIDO, Alejandra Gallardo; FIGUEREDO, Luiz Francisco Poli de; SILVA, Maurício Rocha e. Efeitos iniciais da reposição volêmica com solução salina hipertônica a 7,5% na perfusão e oxigenação esplâncnica após choque hemorrágico. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 106-112, Apr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502006000200010&lng=en&nrm=iso>. acessos em 01 Nov. 2019.

FERRAZ, Edmundo Machado; FERRAS, Álvaro Antônio Bandeira; BACELAR, Tércio Souto; D'ALBUQUERQUE, Helena Suely T.; VASCONCELOS, Maria das Dores Maia M.; LEÃO, Cristiano Souza. Controle de infecção em cirurgia geral: resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 17-26, Feb. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0100-69912001000100005&lng=en&nrm=iso>. acessos em 13 Oct. 2019.

FERRAZ, Edmundo Machado. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-282, Aug. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000400001&lng=en&nrm=iso>. acessos em 13 Oct. 2019.

FIOLHAIS, Carlos. Sobre o início da cirurgia no mundo e em Portugal. **Rev. Port. Cir.**, Lisboa, n. 29, p. 53-64, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182014000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 out. 2019.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Contribuições de florence nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 573-579, Aug. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300573&lng=en&nrm=iso>. acessos em 12 Oct. 2019.

GRAZIANO, Eliane da Silva; VIANA, Dirce Laplaca; HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; PEDREIRA, Marvilde da Luz Gonçalves. *Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura*. 1. ed. São Paulo: Yendis, 2016. 38-45p.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira et al. Adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas: perspectiva de enfermeiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3108, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100309&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 out. 2019.

KICKHÖFEL, Eduardo Henrique Peiruque. A ciência visual de Leonardo da Vinci: notas para uma interpretação de seus estudos anatômicos. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 319-335, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000200005&lng=en&nrm=iso>. acessos em 12 Oct. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.

MANCINI, Marisa Cotta; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, Dec. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400001&lng=en&nrm=iso>. acessos em 17 out. 2019.

MARTINS, Fabiana Zerbieri; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e56945, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400415&lng=en&nrm=iso>. acessos em 10 Nov. 2019.

MERCHAN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz; COSTA, Marisa Pacini. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 276-284, dez. 2000. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000400006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 17 out. 2019.

MONTEIRO, Edna Lopes Monteiro; MELO, Cleuciane Lima de; AMARAL, Thatiana Lameira Maciel; PRADO, Patricia Rezende do. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. **Rev. SOBECC**, São Paulo, abr./jun. 2014; 19(2): p. 99-109. Disponível em http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/07_sobecc_v19n2.pdf. acessos em 12 Oct. 2019.

OURIQUES, Carla de Matos; MACHADO, Maria Élide. Enfermagem no processo de esterilização de materiais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 695-703, Sept. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300016&lng=en&nrm=iso. acessos em 12 Oct. 2019.

PINOTTI, Henrique Walter. A filosofia da cirurgia: a doutrina da filosofia da cirurgia é centrada no paciente, um ser humano. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 103-105, Sept. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000300001&lng=en&nrm=iso. acessos em 12 Oct. 2019.

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45-81, Mar. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662006000100003&lng=en&nrm=iso. acessos em 12 Oct. 2019.

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do Paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, eRE020316, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000301002&lng=en&nrm=iso. acessos em 21 Oct. 2019.

REZENDE, Joffre Marcondes de. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. O ato médico através da história. pp. 111-119. ISBN 978-85-61673-63-5. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-12.pdf>. acessos em 12 Oct. 2019.

RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto; QUITES, Humberto Ferreira de Oliveira; BREDES, Ana Caroline; SOUSA, Kelen Adriane da Silva; ALVES, Marília. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, e00046216, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005011&lng=en&nrm=iso. acessos em 13 Oct. 2019.

RODRIGUES, José Carlos. O corpo na história [online]. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro Editora FIOCRUZ, 1999. Antropologia e saúde collection, 197 p. ISBN: 978-85-7541-555-9/doi: 10.7476/9788575415559.. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/p9949/pdf/rodrigues-9788575415559.pdf>>. acessos em 12 Oct. 2019.

SANTOS, Patricia Reis Alves dos; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SAMPAIO, Camila Santana Justo Cintra. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180347, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200423&lng=en&nrm=iso>. acessos em 16 Oct. 2019.

SILVA, Francielle Maciel; PORTO, Talita Padilha; ROCHA, Patricia Kuerten; LESSMANN, Juliana Cristina; CABRAL, Patricia Fernanda De A.; SCHNEIDER, Karine Larissa Knaesel. Higienização das Mãos e a Segurança do Paciente Pediátrico. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 19, n. 2, p. 99-109, 2013. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200010&lng=es&nrm=iso>. acessos em 16 oct. 2019.

SILVA, Denise Conceição; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 427-434, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300013&lng=en&nrm=iso>. acessos em 10 Nov. 2019.

TAVARES, Maria da Cruz; BATISTA, Francisca América; NAGASAWA, Eria; HAFFAN, Iná Cerqueira.. Central de material e esterilização em hospitais pontos a observar e erros a evitar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 230-238, 1979. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671979000200230&lng=en&nrm=iso>. acessos em 12 Oct. 2019.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; GALVAO, Cristina Maria. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180180, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200402&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 nov. 2019.

VOSGERAU, D. S. A. R. & ROMANOWSKI, J. P. (2014) Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*, (14)41, 165-189. Disponível em <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317/2233>>. acessos em 08 nov. 2019.