

**FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RITA DE CÁSSIA CAIANA

**CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA NA ORTOPEDIA**

MOSSORÓ

2020

RITA DE CÁSSIA CAIANA

**CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA NA ORTOPEDIA**

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

Orientadora:Ma. Kalina Fernandes Freire

MOSSORÓ

2020

C133c Caiana, Rita de Cássia.

Cirurgias seguras salvam vidas: uma revisão bibliográfica na ortopedia / Rita de Cássia Caiana. – Mossoró, 2020.
32f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Kalina Fernandes Freire.
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Centro cirúrgico. 2. Ortopedia. 3. Segurança do paciente. I. Freire, Kalina Fernandes. II. Título.

CDU 616-089.23

**CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA NA ORTOPEDIA**

Monografia apresentado pela aluna RITA DE CÁSSIA CAIANA do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Kalina Fernandes Freire

Prof^aMa. Kalina Fernandes Freire
Orientadora

Livia Helena M. de F. Melo

Prof^aMa. Livia Helena Moraes de Freitas Melo
Membro Examinador

Valdenizia Maria da Silva Oliveira

Prof^oEsp. Valdenizia Maria da Silva Oliveira
Membro Examinador

RESUMO

A segurança do paciente tem tido uma relevância e cuidado maior dos profissionais da área de saúde. Este estudo visa pesquisar quais as atitudes pertinentes a serem adotadas pelos profissionais de saúde atuantes no centro cirúrgico para a possível operacionalização do protocolo cirurgias seguras salvam vidas nas cirurgias ortopédicas? Ao serviço de saúde vê-se a importância da aplicação rotineira do checklist visando à diminuição dos erros que ocorrem durante os procedimentos, e para o usuário é de fundamental importância, pois ele é o mais prejudicado. O uso do protocolo Cirurgias Seguras Salvam Vidas diminui os erros em cirurgias ortopédicas diante da aplicabilidade do protocolo antes, durante e após o procedimento cirúrgico garantindo a segurança do paciente e da equipe em questão. O objetivo geral deste estudo consiste em averiguar, por meio de revisão de Literatura, a utilização do protocolo cirurgias seguras salvam vidas em cirurgias ortopédicas. A pesquisa tem por metodologia uma revisão bibliográfica onde sua abordagem será qualitativa com realização nas bases de dados: BVS, LILACS, MEDLINE, REBEN E SCIELO. Fica evidenciado que o protocolo de cirurgia segura é uma importante fonte do cuidado imposto, para que possa garantir uma assistência integral, e deverá suprir as necessidades básicas de segurança do procedimento cirúrgico e do paciente.

Palavras-chave: Centro cirúrgico; Ortopedia; Segurança do paciente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1PROBLEMATIZAÇÃO	8
1.2JUSTIFICATIVA.....	8
1.3 HIPÓTESE	8
1.4 OBJETIVOS	8
1.4.1 Objetivo geral.....	8
1.4.2 Objetivos específicos	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1 CIRURGIA ORTOPÉDICA E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	9
2.2 PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS.....	12
2.3 A RELEVÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE.....	13
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PRÉ, INTRA E PÓS OPERATÓRIOEM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS.....	14
3 METODOLOGIA.....	16
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	16
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	17
3.2.1 População e amostra.....	17
3.2.2 Critérios de seleção da amostra	18
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	19
4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
4.2 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE CIRURGIA ORTOPÉDICA EM RELAÇÃO AO CHECKLIST E CIRURGIA SEGURA.....	24
4.3OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS.....	25
5 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem tido uma relevância e cuidado maior dos profissionais da área da saúde na última década. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009 iniciou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, onde solicitava uma maior atenção aos cuidados relacionados à segurança dos pacientes aos Estados-Membros da OMS (OMS, 2009).

O início dos desafios se deu pela tentativa de diminuir as infecções ocorridas nos hospitais, onde foi originado o “Programa Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”; o terceiro desafio chama-se “Enfrentando a Resistência Microbiana”, onde tem por finalidade a redução no uso inadequado dos antimicrobianos (WHO, 2012).

O segundo desafio global será o destaque nesta pesquisa que terá por finalidade aumentar a qualidade no que tange a assistência em saúde a nível mundial. Com isso o “Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas” foi lançado e discute sobre a prevenção e o cuidado na infecção nas cirurgias, procedimentos anestésicos mais seguros juntamente com sua equipe, com a finalidade de uma cirurgia com 100% de excelência (OMS, 2012).

Segundo Lemos e Peniche (2018), a introdução do programa, onde a segurança do paciente é destaque em uma unidade hospitalar, não se restringe apenas a aplicabilidade de perguntas e avaliação de metas. A prática de cuidado na segurança do paciente deve estar enraizada em sua cultura, em sua missão e nos valores da instituição. Os enfermeiros são os que têm maiores competências para o reconhecimento de possíveis erros que os pacientes estão susceptíveis em um Centro Cirúrgico (CC), e com isso tem a responsabilidade de agregar uma cultura para a adesão ao tal programa e seus objetivos.

Em um estudo realizado em 2015, num hospital de ensino no Brasil onde foram analisados 300 prontuários, chegou a conclusão que a ortopedia é a especialidade médica com mais erros, onde assumiram 25,3% desses erros (BEZERRA, 2015). Segundo a British Broadcasting Corporation Brasil (BBC Brasil, 2017), em 2017 três acusações a cada hora, foram por erros médicos da área ortopédica. No ano de 2016, uma base de 26 mil processos também foi desta mesma área médica.

A troca de lateralidade em cirurgias ortopédicas são mais populares do que em outra área médica (OMS, 2009). Estudo desenvolvido nos Estados Unidos, diz que 68% dos erros médicos em cirurgias ortopédicas vêm de procedimentos que ocorreram em local errado (MAZIERO, 2012).

A intenção do programa é a redução na quantidade de agravos cirúrgicos e consequentemente óbitos. São 10 as metas fundamentais na segurança do paciente e com isso foi criado o checklist para uso nos procedimentos, incluindo a indução anestésica prévia, incisão cirúrgica e retirado paciente da sala cirúrgica (GUTIERRES, 2018).

Em resumo, os 10 objetivos são organizados em quatro metas: evitar as infecções no sítio cirúrgico, desenvolver uma anestesia segura, estimular a origem de equipes cirúrgicas que desenvolvam seu trabalho com segurança, e por fim, passem a utilizar os indicadores gerados a partir da assistência cirúrgica prestada (OMS, 2009). O estudo tem por problematização a maneira de como o checklist atua de forma eficaz no cenário visando a diminuição dos equívocos no decorrer dos procedimentos cirúrgicos ortopédicos.

Fazem-se necessárias ações que disseminem a cultura de procedimentos seguros no ambiente cirúrgico, tendo ciência de que caso não realizem, os pacientes poderão continuar sofrendo as consequências.

Os profissionais de saúde têm o dever de se conscientizar, e buscar constantemente dominar as suas práticas de uma forma mais segura. O estudo se justifica no mérito no meio da academia, já que irá acrescentar uma vasta pesquisa, pois foi notória durante a coleta de dados a escassez a respeito do assunto quando voltado à área ortopédica. Ao serviço de saúde vê-se a importância da aplicação rotineira do checklist visando a diminuição dos erros que ocorrem durante os procedimentos, e para o usuário é de fundamental importância, pois ele é o mais prejudicado, quando ocorre alguma situação não programada no procedimento cirúrgico. Tem por objetivos Avaliar a utilização do protocolo cirurgias seguras salvam vidas em cirurgias ortopédicas ou na ortopedia ou em procedimentos ortopédicos. Detalhar os erros mais cometidos no ambiente cirúrgico e nos procedimentos ortopédicos. Apreciar a instrumentalização do checklist nas cirurgias ortopédicas. Avaliar como o programa auxilia na redução dos erros nos procedimentos ortopédicos em centros cirúrgicos a luz pertinente da literatura.

Mesmo com a ascendente disseminação desse assunto no Brasil, o número de elaboração de estudos científicos nessa área é limitado. No Brasil, durante o período de 2009 a 2015 apenas 3,45% dos estudos voltados a revisão integrativa é relacionada ao tema segurança em um Centro Cirúrgico (SILVA et al., 2016a).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

De que forma é operacionalizado o protocolo para cirurgias seguras na área da ortopedia?

1.2 JUSTIFICATIVA

Este estudo terá bastante mérito no meio da academia, já que irá acrescentar uma vasta pesquisa, pois foi notória durante a coleta de dados a escassez a respeito do assunto quando voltado à área ortopédica. Ao serviço de saúde vê-se a importância da aplicação rotineira do checklist visando à diminuição dos erros que ocorrem durante os procedimentos, e para o usuário é de fundamental importância, pois ele é o mais prejudicado, quando ocorre alguma situação não programada no procedimento cirúrgico.

1.3 HIPÓTESES

O uso do protocolo Cirurgias Seguras Salvam Vidas diminui os erros em cirurgias ortopédicas diante da aplicabilidade do protocolo antes, durante e após o procedimento cirúrgico garantindo a segurança do paciente e da equipe em questão devendo ser utilizado à risca em todos os procedimentos.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

✚ Averiguar na literatura a utilização do protocolo cirurgias seguras em cirurgias ortopédicas

1.4.2 Objetivos específicos

✚ 1. Apreciar a instrumentalização do checklist nas cirurgias ortopédicas.

- ✚ 2. Avaliar como o protocolo auxilia na redução dos erros nos procedimentos ortopédicos em centros cirúrgicos a luz pertinente da literatura.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CIRURGIA E A SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com Tubino e Alves (2019) a origem da palavra cirurgia é grega e foi derivada do *kheirurgia* (*kheiros*, mão e *ergon*, obra). Na antiguidade a cirurgia era o último requerimento para algumas doenças. Com o passar dos anos, na evolução da ciência, a doença passou a ser tratada e cirurgia utilizada como recurso. A primeira cirurgia conhecida consistia na remoção da calota craniana, onde tinha por objetivo aliviar a pressão dentro do crânio e tal procedimento foi denominado por trepanação. Estudos relatam que a trepanação além de cunho da ciência, tinha cunho para rituais místicos.

Vieira (2020) relatou que no século 12 e 13 o sangramento e a amputação eram os principais procedimentos cirúrgicos dos cirurgiões-barbeiros itinerantes na França, estes homens estavam muito distantes de serem médicos, mas era o que a época dispunha.

A enfermeira inglesa reconhecida em todo o mundo, Florence Nightingale, em sua vivência trouxe importantes contribuições para a área da saúde. Diante de suas pesquisas preconizou e propagou novas idéias, cuidados de higiene, utilização de saneantes, e modos para prevenir as infecções (CAMPOS, 2006). Com isso, ela foi pioneira em defender a ideia do não prejuízo ao paciente, a partir de prevenções e avaliações (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011).

Em 2011, Turnino e Alves escreveu que a lavagem das mãos tem suma importância para a redução de infecções. Pasteur, em seus estudos chegou à conclusão que os microorganismos propagavam-se através de pessoa a pessoa. Joseph Lister, cirurgião inglês em 1865, praticou os estudos de Pasteur, aonde chegou à conclusão que a lavagem correta das mãos reduzia ou eliminava os microorganismos em feridas e incisões cirúrgicas, assim ocorreu uma redução aproximada de 35% nas taxas de mortalidades nas cirurgias.

Depois da exposição do relato do Institute of Medicine no ano de 1999, a atividade conhecida como Segurança do Paciente adquiriu impulso e relevância no mundo. Tal

relatório apresentou de uma forma assustadora os erros cometidos através da assistência ao paciente. Após essa publicação, diversas foram as iniciativas que tinham por objetivos aumentar a segurança do paciente através de estratégias (WACHTER, 2013).

A segurança do paciente e dos serviços de saúde, só veio ter grande relevância após o ano de 2000. Tal tema ganhou uma ampla visibilidade a nível mundial, sendo levado para ser discutido entre os profissionais de saúde e a sociedade, tendo por objetivo aprimorar condutas de assistência ao paciente, através dos impactos dos eventos adversos que são repercutidos nos pacientes (LOURENÇÃO, TRONCHIN, 2016).

Os projetos para uma melhor qualidade na assistência e promoção do cuidado ao paciente são crescentes. Os benefícios para os órgãos hospitalares são diretamente proporcional ao uso da razão e a potencialização dos recursos. A segurança do paciente e o cuidado nos erros da equipe estão sendo muito discutido nos centros da categoria científica e da assistencial, onde representa um elevado obstáculo a saúde pública (GRIGOLETO, GIMENES, AVELAR, 2011).

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (WHO) projetou a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, que visou à impulsão do tema em nível de mundo onde as estratégias e políticas para a segurança do paciente tinham importância.

Já em 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) propôs uma orientação a nível nacional para a melhoria na segurança do paciente, onde o objetivo principal foi o de adequar as observações da OMS para o Brasil e reconhecer as falhas na segurança dos serviços de saúde. Através dessa proposta, em Outubro de 2007 foi proporcionado em cooperação com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde um curso onde o foco é a “Segurança do Paciente: um Desafio Global” (OPAS)(BRASIL, 2000; OMS, 2009; WHO, 2009). Vindo apenas ganhar força em 2013, quando o Ministério Saúde através da Portaria GM/MS nº 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tinha por objetivo uma melhor qualidade no cuidado em saúde visando todos os estabelecimentos e órgãos que são diretamente ligados a saúde no Brasil.

A ANVISA em parceria com esse programa publicou a normativa que visava regulamentar e colocar pontos primordiais para a segurança do paciente, sendo de caráter obrigatório a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) através da Diretoria

Colegiada – RDC N°36, onde em seu oitavo artigo relata que tais atividades serão desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

- III –implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral (BRASIL, 2013).

No mesmo ano de 2013, a Portaria GM/MS n° 1.377 e a Portaria n° 2.095, publicaram os protocolos básicos de segurança do paciente através de seis metas internacionais de segurança, conforme figura abaixo:



FONTE: BRASIL, 2018

Figura 1 – Campanha do Ministério da Saúde divulgação das seis metas internacionais de segurança.

A alta tecnologia e complexidade dos serviços de saúde nas práticas de assistência são consideradas riscos adicionais para o paciente quando se atribui ao processo do cuidado. A educação permanente, padronização dos processos de cuidados, protocolos assistenciais são exemplo de cuidados simples e efetivos que podem promover a qualidade na assistência a saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

O Avedis Donabedian foi um dos percussores do entendimento na melhoria em saúde, e a sua fundamental importância foi a estrutura, o processo, e o resultado na melhoria da qualidade na assistência ao paciente (DONABEDIAN, 1988).

Wachter (2013) relata que há diferença em termos conceituais no que diz respeito à qualidade e segurança do paciente. No ano de 2001, o Instituto of Medicine (IOM), trata de forma proporcional a qualidade e a melhoria nos resultados de saúde almejadas e consolidado como conhecimento profissional.

A engenharia voltada para a melhoria no tratar do paciente vem crescendo. No início a preocupação era com as práticas assistenciais, nos dias atuais a finalidade é trabalhar em conjunto para aumentar a segurança do paciente, utilizando os recursos tecnológicos e estratégias de segurança de forma a construir ambientes que visem a proteção do indivíduo ali presente (WATCHER, 2013).

2.2 PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS

No ano de 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um manual onde foi levado em consideração pesquisas realizado, que tem por objetivo as modificações nas intervenções para incentivo na segurança do paciente que irá passar por procedimento cirúrgico. No Brasil foi publicado um ano depois (OMS, 2009).

O programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas institui melhorar a segurança de um paciente que irá ser submetido a uma cirurgia, onde visa a redução nos níveis de infecção na cirurgia, complicações na parte da anestesia, a equipe deverá ser treinada para melhoras na assistência ao paciente (OMS, 2009).

A teoria e a maneira de conseguir tais objetivos estão no manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas, onde refere o quão é primordial as ações para conseguir a segurança do

paciente através de dez objetivos e menciona a organização de uma lista de verificação denominado checklist, a fim de ser posto em prática nos procedimentos cirúrgicos (OMS,2009).

O checklist é importante em todos os procedimentos cirúrgicos, desde a entrada do paciente como ao final do procedimento cirúrgico, com isso pode-se prevenir algumas falhas (FRAGATA, 2010). São três as etapas que são utilizadas na lista de verificação: antes da introdução da anestesia, antes de iniciar o procedimento cirúrgico e quando finaliza a cirurgia (OMS, 2009).

Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS		
Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica <input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK <input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionando O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500mL (7mL/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.	<input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado Antecipação de eventos críticos: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? <input type="checkbox"/> O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica Exames de imagem estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: <input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) <input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente <input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

FONTE: OMS, 2009

Figura 2 – Lista de verificação do Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas da organização mundial da saúde.

Os objetivos essenciais para serem almeçados em qualquer caso cirúrgico e que devem estar embutidos na lista de verificação, são: “Realizar a cirurgia no paciente certo e o local cirúrgico certo; Evitar danos ao paciente durante a administração de anestésicos; Minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico através de métodos conhecidos” (OMS, 2009).

2.3 A RELEVÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE

É de fundamental importância a interação entre a equipe cirúrgica e seu bom relacionamento para um efetivo desempenho de suas atividades durante os procedimentos cirúrgicos. Uma equipe unida, o paciente irá ter grandes benefícios e os riscos que acometem uma sala de cirurgia são diminuídos. Uma combinação entre a segurança do paciente e precisão na técnica é essencial para o uso correto do protocolo (MOTTA FILHO et al., 2013).

De acordo com Carvalho et al.(2018), a equipe de enfermagem em um CC trabalha de forma coletiva e com sua função bem específica, já que a forma de cuidar do paciente é bem mais técnica que em outros setores, já que toda a atenção da equipe está voltada para a melhora e recuperação do paciente. Em uma equipe de saúde cada profissional possui sua função e autonomia em seu serviço, e possui a liberdade de decidir sem ocorrer julgamento ou apontamento por parte dos outros membros da equipe (CARVALHO et al., 2018).

O pilar para um atendimento e procedimento de sucesso é a união da equipe, pois ela é a parte fundamental para um bom cuidado. Se formos comparar o atendimento de forma individualizada de cada profissional, o atendimento em conjunto se torna bem melhor (SILVA, 2013).

Podemos comparar uma equipe com um corpo humano, caso alguma dos órgãos fundamental falhem, conseqüentemente teremos falha no restante do corpo. Com isso o comprometimento e a relação entre as pessoas devem ser éticas e com bastante respeito. Segundo Silva (2013) a comunicação entre as pessoas que compõem a equipe é de suma importância para seu bom desempenho, assim todos devem usar uma só linguagem para que seja recíproco o seu entendimento.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PRÉ, INTRA E PÓS OPERATÓRIO EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

A especialidade da Medicina que cuida da parte desde a óssea até as articulações e doenças na parte locomotora no corpo é a Ortopedia. Já a traumatologia, é responsável pelos traumas no aparelho músculo-esquelético. Em nosso país a Ortopedia é unida a Traumatologia. Podemos destacar entre as precauções nas cirurgias ortopédicas: posicionar

o paciente para o procedimento cirúrgico, equipamentos coerentes para a parte de instrumentação de acordo com o procedimento a ser realizado (ROTHROCK, 2007).

Diante do destaque das afecções ortopédicas no Brasil, principalmente com a alta mortalidade, é primordial o cuidado dos profissionais sobre os pacientes e os pacientes devem saber quais serão os cuidados sobre eles, A forma do cuidar é individual e é fundamental que todos entendam como será realizado.

A característica do cuidado está em nós desde os primórdios, fazendo parte da raça humana, e uma atitude essencial à existência humana e ao desenvolvimento do ser (WALDOW; BORGES, 2011). Por isso o cuidado em saúde deve ser um eterno equilíbrio entre ação e atenção, onde a terapêutica contemple às atividades técnicas e o combate à doença, bem como, a valorização do sofrimento e sentimentos vivenciados pelo doente. Tornando de uma forma bem explícita um desafio na parte ética, no qual a ação não se sobrepõe à atenção, e a assistência resultante deste equilíbrio, permite um cuidado de qualidade prestado ao ser humano de forma humanizada (MELLO; LIMA, 2010; QUEIROZ; RIBEIRO; PENNAFORT, 2010). A Enfermagem tem em sua essência enraizada o cuidado e todas as responsabilidades cabidas a esta categoria tem por base fundamental esta atuação (MELLO; LIMA, 2010).

Em suas atividades laborais no centro cirúrgico a Enfermagem se faz necessário no cuidado aos pacientes antes, durante e após um procedimento cirúrgico. O tempo que acomete o perioperatorio é o mais minucioso, pois engloba desde o período que o cirurgião decide indicar a operação e comunica ao paciente, até o retorno deste para realização e depois da alta hospitalar, às atividades normais (HAYASHI; GARANHANI, 2012; STUMM et al., 2009).

O pré-operatório é o período que antecede o ato anestésico-cirúrgico, no qual deverá ser realizado um conjunto de intervenções que contribuem para a redução da ocorrência de eventos adversos, complicações e de mortalidade, possibilitando maior segurança física e emocional ao cliente, contribuindo para o rápido restabelecimento. O transoperatório é o procedimento cirúrgico. O período pós-operatório inicia ao final da cirurgia e continuam na sala de recuperação e ao longo da internação até o período de alta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, 2013).

O Período transoperatório é iniciado quando o paciente dá entrada no CC e finaliza com a saída do mesmo para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Esse período é primordial e o mais importante durante todo o procedimento cirúrgico (BARBOSA et al., 2016). Em 2012 foi realizado um estudo e chegou a conclusão que de um total de 234 milhões de procedimentos no CC, um milhão de paciente morrem e sete milhões ocorre complicações. Em outro estudo que foi ocorrido nos Estados Unidos da America evidencia que erros médicos comuns podem ser evitados em 65%. Os centros cirúrgicos são considerados perigosos, pois de 10.000 cirurgias uma cirurgia ocorre episódios adversos. Na ortopedia a periculosidade aumenta 100 vezes.

A Autoridade de Litigação (LA) da National Health System (NHS), que tem sede na Inglaterra, informa através de seus dados que a especialidade da Medicina com mais denúncias a respeito de negligencia é a cirúrgica, onde a Ortopedia lidera esses dados. Os potenciais erros são erro de identificação do paciente e local do procedimento, material não esterilizado de forma coerente, anestesia ocorrida de forma insegura (MOTTA FILHO et. al., 2013).

Em um estudo ocorrido no Brasil com 502 ortopedistas, foi constatado que mais de 65% não reconhecem o Programa da OMS e mais de 70% não receberam treinamentos a cerca desse programa; e apenas 37% afirmaram a importância da segurança do paciente através desse protocolo (MOTTA FILHO et al., 2013).Desse modo, a enfermagem é essencial no processo de garantir a execução do protocolo e assim obter cirurgias seguras.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa tem por metodologia uma revisão bibliográfica integrativa onde sua abordagem será qualitativa – com realização nas bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), MEDLINE, REBEN E SCIELO. Segundo Minayo (2009), a abordagem qualitativa busca aprofundar-se no mundo de significados das ações e relações humanas. Esta aproximação traz à tona uma infinidade de informações que precisam ser organizadas e analisadas para responderem as indagações propostas. Na pesquisa qualitativa há a

necessidade da compreensão, exigindo do pesquisador a capacidade de estabelecer o processo de escuta sensível e atenta.

Minayo (2014) ainda explica que a pesquisa qualitativa está voltada para as questões mais pessoais do ser humano, ou seja, atribuições inerentes do ser humano e que por isso, não deveria ser quantificadas, pois, em torno dessas questões estão incumbido os valores, as crenças, os motivos, os desejos, os anseios dos indivíduos que estão inseridos numa determinada realidade social, portanto, esse tipo de pesquisa irá construir um universo de significados para poder explorar determinados acontecimentos.

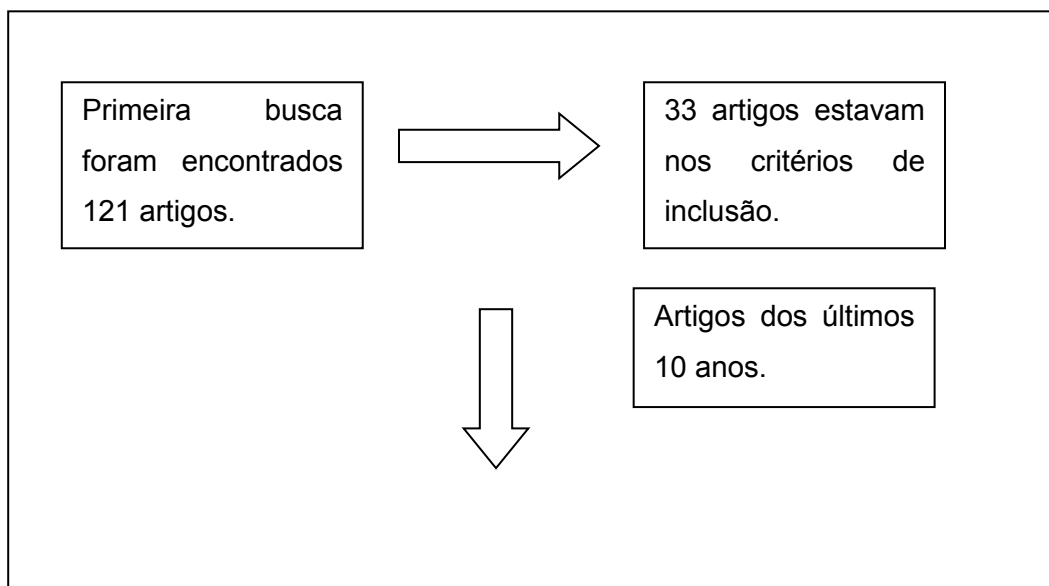
Este tipo de pesquisa permite aproximações com outras áreas do saber, além da aquisição de habilidades na utilização de outros referenciais teórico-metodológicos e conhecimento sobre questões pertinentes à saúde e a enfermagem. Nesta abordagem não há um único modo de pesquisar, existem modos distintos que se apoiam em visões de mundo diferentes (SORATTO, 2014).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

3.2.1 População e amostra

A população deste estudo é composta pela literatura que engloba o assunto retratado ao longo desta escrita, tendo por base os artigos científicos encontrados nos bancos de dados BVS, LILACS, MEDLINE, REBEN, SCIELO.

Foram encontrados 121 artigos, dos quais, 33 artigos tinham assunto relacionado ao tema escolhido e foi realizada leitura exploratória dos mesmos, sendo que destes, 04 artigos possuem mais de 10 anos, 07 artigos possuem duplicidade, e 07 artigos não se enquadravam nas questões norteadoras, sendo excluídos e, ficaram apenas 15 artigos ao qual irá ser utilizado na pesquisa, como demonstrado na figura.



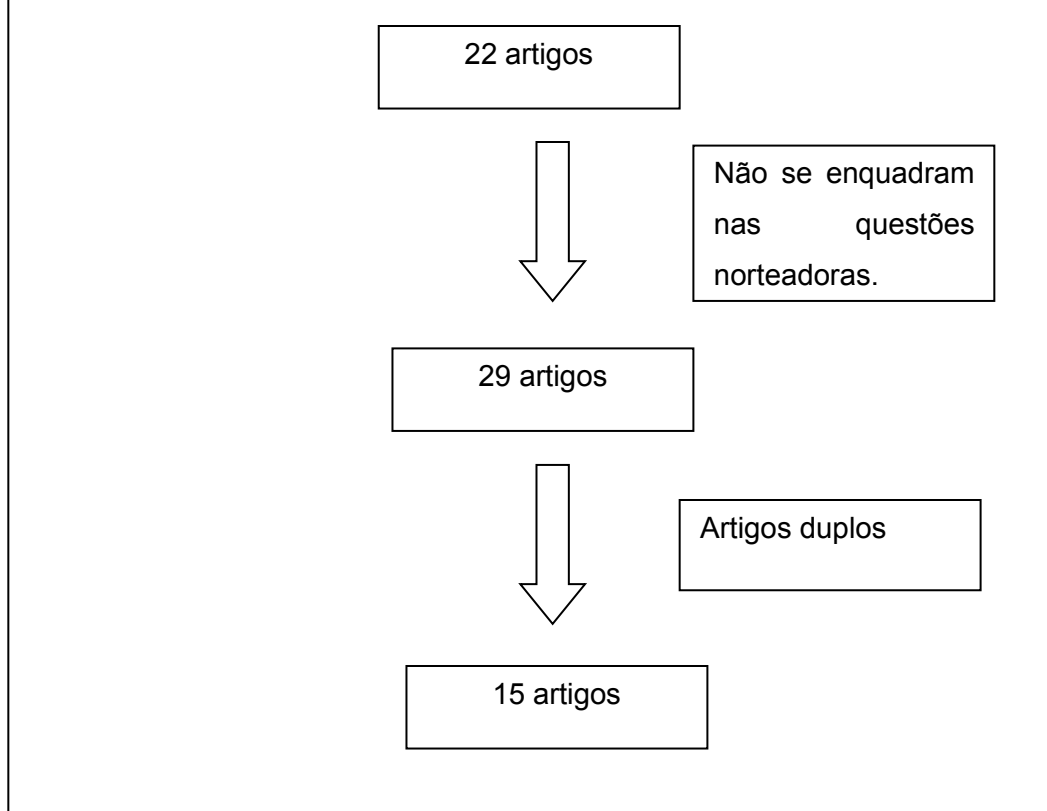


Figura 1. Escolha dos artigos através de um fluxograma

A seletiva do objeto de estudo se deu a partir de uma leitura minimalista dos artigos, teses e dissertações encontradas nas bases de dados. Foi-se selecionado apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo. Foram incluídas apenas as publicações que responderam à questão do estudo, publicadas no período de 2010 a 2020, no idioma português.

3.2.2 Critérios de seleção da amostra

Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos com texto completo escritos na língua portuguesa, disponíveis nas bases de dados.

Como critérios de exclusão resumimos, artigos escritos na língua inglesa, não disponíveis na base de dados, editoriais de revistas, teses de mestrado e doutorado, artigos duplicados.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados desta monografia será realizada através de Bardin, onde irá ser catalogada por categorias, onde cada tópico terá embasamento da luz da Literatura. Esta

análise busca compreender o significado dos dados coletados e também tem o objetivo de facilitar o entendimento dos conteúdos.

De acordo com Bardin (2009) define-se como sendo um conjunto de técnicas de pesquisa objetivando a busca do sentido de um documento. Segundo ao autor supracitado “a análise do conteúdo procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”.

A proposta desse autor sobre a análise de conteúdo apresenta-se em três fases fundamentais: a pré- análise, que se trata do planejamento organizado para que as ideias elaboradas venham a tornarem-se concretas de maneira sequencial, a exploração do material que envolve todas as questões planejadas na fase anterior, portanto, essa fase de exploração trata-se da implementação propriamente dita da organização das ideias e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação que enfim, trazem os resultados de todo planejamento de forma bruta, e com isso, inicia através de um novo planejamento a análise interpretativa, aliada a recursos operacionais que validam os dados de acordo com os objetivos, podendo atingir resultados esperados ou surpreendentes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados apresentados foram obtidos a partir de uma pesquisa minuciosa nas bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), MEDLINE, REBEN E SCIELO.

Foram selecionados 14 artigos de um total de 121 artigos, A partir desse dado inicial percebe-se que apesar de poucos artigos, a maior parte deles foi publicada no ano de 2019, e que a pesquisa qualitativa lidera a metodologia.

Artigos	Ano de publicação	Objetivo da pesquisa	Categoria
1)Segurança do paciente no centro cirúrgico a partir da implantação do checklist de cirurgia	2018	Conhecer a percepção de profissionais de enfermagem em relação ao uso do	Revisão da literatura

segura: uma revisão da literatura		checklist e analisar a percepção quanto ao gerenciamento de risco na prática, as potencialidades e fragilidades na utilização do checklist de cirurgia segura para equipe de enfermagem.	
2)Segurança e qualidade em cirurgia: a percepção de cirurgiões no Brasil	2019	Avaliar o conhecimento dos cirurgiões, no Brasil, sobre segurança e qualidade em cirurgia.	Questionário
3)Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios.	2019	Identificar a adesão ao checklist de cirurgia segura, a partir do seu preenchimento, em um hospital geral de referência do interior do Estado de Minas Gerais, bem como, verificar os fatores associados à sua utilização.	Estudo transversal, documental, retrospectivo de abordagem quantitativa
4) Implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital	2017	Verificar a implementação do checklist de cirurgia	Estudo transversal e descritivo

universitário		segura entre equipes multiprofissionais pela auditoria de qualidade em um hospital universitário.	
5)Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico	2019	Identificar o conhecimento de profissionais da saúde sobre a Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica, os desafios e estratégias para sua implantação em uma instituição pública hospitalar	Pesquisa quantitativa, de caráter descritivo, transversal
6)Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica	2017	Descrever a adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura e seus respectivos itens em um hospital público.	Estudo documental e retrospectivo
7)Cirurgia segura: a enfermagem protagonizando a segurança do paciente no Centro Cirúrgico	2019	Descrever a relevância do procedimento cirúrgico seguro e evidenciar as implicações dos enfermeiros e sua equipe no processo	Qualitativa

		da cirurgia segura.	
8)Segurança do paciente: o checklist da cirurgia em um centro ambulatorial	2015	Analisar a aplicação do checklist da cirurgia segura no centro cirúrgico para a segurança do paciente	Exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa
9)Adesão e efeito do checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos entre pacientes cirúrgicos	2019	Verificar a adesão ao checklist de Cirurgia Segura e seu efeito na incidência de Evento Adverso em pacientes cirúrgicos.	Pesquisa retrospectiva e documental, realizada por meio da revisão de prontuários.
10) Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa	2017	Compreender as influências do contexto no desenvolvimento de intervenções para segurança do paciente em hospitais públicos brasileiros.	Estudo de caso
11) Índice auto-referido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre o protocolo e checklist de cirurgia segura	2017	Este estudo avaliou o índice auto-referido pela equipe de cirurgia ortopédica quanto ao protocolo de cirurgia segura e aplicação do checklist.	Estudo descritivo
12) Protocolo de	2013	Analisou o grau de	Pesquisa

Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros		conhecimento do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pelos ortopedistas brasileiros	voluntária
13) Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente	2015	Avaliar a adesão ao checklist do Programa Cirurgias Seguras em um hospital de ensino.	Pesquisa avaliativa
14) Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico	2016	Conhecer a percepção de profissionais de enfermagem que atuam em centro cirúrgico em relação à utilização do checklist cirúrgico.	Estudo exploratório, qualitativo

Fonte: autoral

Percebe-se que os objetivos predominantes são voltados para a discussão da adesão da equipe multidisciplinar, treinamento e a proteção do paciente durante o procedimento, a fim de diminuir os erros que podem ocorrer, trazendo mais benefícios e bem estar ao mesmo. A equipe de enfermagem é uma protagonista nesse protocolo, já que a maior parte da equipe é composta por técnicos em Enfermagem, e é quem faz a descrição desse checklist para ser anexado ao prontuário.

A escassez na produção de artigos científicos onde relatem as cirurgias ortopédicas foi analisada com um ponto crucial para a utilização de artigos que descrevem a respeito de cirurgias gerais. No entanto não ocorreu à exclusão das cirurgias ortopédicas, foi o

contrário, pois, os benefícios e os cuidados realizados nos procedimentos cirúrgicos são os mesmo e se faz necessário a operacionalização destes procedimentos.

Após a leitura dos artigos selecionados e aplicação da análise de Bardin foram definidas as categorias: segurança do paciente, percepção da equipe de cirurgia ortopédica em relação ao checklist e cirurgia segura e operacionalização de checklist para cirurgias seguras.

4.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Dos 14 artigos selecionados, 05 desses artigos relatam a importância da segurança do paciente para o sucesso na cirurgia. A segurança do paciente é dever de todos, desde a equipe médica até a quem é responsável pela limpeza, cada um com sua função. E todos da equipe do centro cirúrgico devem passar por constantes treinamentos, a fim de melhorar a conduta (FERREIRA et al., 2018).

Os artigos analisados afirmam que o protocolo de cirurgia segura é essencial no CC, já que faz por onde o procedimento ser mais seguro e auxilia a equipe que irá conduzir a cirurgia na redução de qualquer dano causado ao paciente. Com isso, é possível ocorrer o procedimento cirúrgico correto, no paciente certo e, por conseguinte local correto. Assim, vemos a constância na segurança do paciente e da equipe (RIBEIRO et.al, 2019).

De acordo com os artigos selecionados, é possível destacar a seguinte informação: com o uso do protocolo, cerca de 50% dos eventos adversos poderiam ser evitados, com apenas 5 minutos, já que é o tempo médio para pôr em prática o checklist. Portanto a pratica do protocolo reduz os adventos adversos que podem ocorrer (JUNIOR, 2015).

No Brasil, um estudo evidenciou que com a aplicabilidade do checklist 68,3% dos eventos adversos foram diminuídos e que 65,3% dos erros nos pacientes foram evitáveis. Os erros que ocorriam nos pacientes chegavam a uma proporção de 1:5, sendo que 60% desses procedimentos tinham baixo risco de ocorrer erros se relacionados ao cuidado (RIBEIRO, et al., 2017).

Outros estudos nos mostram que as complicações consideradas de alta complexidade diminuíram para 7%, e que a probabilidade de ocorrer óbitos durante os procedimentos foi para menos de 1%. Na análise das cirurgias cardiológicas a redução das

complicações foi de 6,7% e a mortalidade teve uma redução de 2,3% apenas com a utilização do checklist (JUNIOR, 2015).

4.2 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE CIRURGIA ORTOPÉDICA EM RELAÇÃO AO CHECKLIST E CIRURGIA SEGURA

O centro cirúrgico é onde ocorrem à maior potencia para ocorrer eventos adversos se for analisada a parte ortopédica, podendo levantar alguns fatores: alto nível de estresse, procedimentos onde é de grande extensão e demanda bastante tempo, a dinâmica do trabalho ocorre de modo bem intenso, muitas horas em pé, sem pessoas com experiência para substituir, e por vezes ocorre que a cirurgia se prolonga mais que o esperado (GARCIA, OLIVEIRA, 2015).

Algumas complicações durante os procedimentos cirúrgicos não deveriam ocorrer, e são classificadas como never event. Podemos destacar alguns eventos, entre eles: cirurgia em paciente errado, em local errado, a utilização de um procedimento errado, corpo estranho no paciente pós cirurgia, óbito do paciente durante ou após o procedimento (FILHO et. al., 2015).

De acordo com um estudo, poucos são os cirurgiões ortopedistas que conhecem o protocolo e a importância da sua operacionalização para que a cirurgia seja se uma forma segura. Pode-se perceber que com o protocolo os eventos adversos são bem menores diante de sua aplicabilidade, apesar de ser perceptível a resistência para utilizar o protocolo (GARCIA, OLIVEIRA, 2015).

A Ortopedia é a classe médica que mais ocorre eventos adversos, e a que mais possui a probabilidade de evitar tais erros diante da utilização do checklist. Mas para que tais eventos sejam diminuídos precisam ocorrer treinamento da equipe, incentivo para a operacionalização do protocolo por parte dos cirurgiões ortopédicos (FILHO et. al., 2015).

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST PARA CIRURGIAS SEGURAS

A equipe de Enfermagem, por já está enraizado o ato de cuidar, durante os procedimentos cirúrgicos fica responsável pela aplicabilidade do checklist. É possível afirmar diante os estudos que essa aplicabilidade não é efetiva se observarmos os outros

membros da equipe cirúrgica (GOMES et. al., 2016). De acordo com Caldas (2017) com a aplicabilidade do checklist foi possível observar uma melhoria na comunicação dos profissionais envolvidos durante o procedimento cirúrgico.

O papel do enfermeiro é de grande importância durante os tempos do procedimento cirúrgico, já que ele é responsável por designar a aplicabilidade de um técnico para o checklist assim como preenchimento do prontuário. Nesta aplicabilidade o técnico também ficará responsável pela avaliação psicológica e física do paciente através dos sinais vitais e de uma breve conversa, perceber a utilização ou não de próteses dentárias (RIBEIRO, et. al, 2019).

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem atuante no centro cirúrgico é composta por pessoas de vários níveis, com responsabilidades diferentes. A quantidade desse pessoal varia conforme a complexidade e o volume de trabalho existente na Unidade, mas em geral a equipe é composta de: enfermeiro, técnico ou auxiliar de Enfermagem (SANTOS et al., 2019).

A enfermagem sabe da real necessidade de garantir a segurança do paciente diante dos eventos adversos. As praticas assistenciais melhoram e aumentam para a redução desses danos ocorridos aos pacientes (GOMES et. al., 2016).De acordo com Oliveira (2017) o entrosamento dos participantes da equipe é responsável pela redução dos eventos adversos, e a participação ativa dos enfermeiros aparece como as principais potencialidades do checklist.

Na Ortopedia encontramos algumas especificidades quando comparada aos outras especialidades, pois ocorre a utilização do garrote pneumático em alguns procedimentos, o instrumental é bem mais minucioso e, a contagem do material é de suma e detalhada importância, já que se é utilizado de muitos parafusos e chaves.

5 CONCLUSÃO

Verificou-se claramente a importância do checklist no auxílio da redução dos eventos adversos nos procedimentos cirúrgicos ortopédicos. Porém, é notória a resistência de alguns profissionais, principalmente da classe médica para a execução do checklist, como benefício ao paciente e a segurança do mesmo e da equipe cirúrgica.

É possível pôr em prática a cultura de segurança nos centros cirúrgicos. Percebe-se que diante dos artigos analisados a aplicabilidade e execução do checklist estão sendo mais discutido trazendo resultados positivos para os pacientes e profissionais.

A Enfermagem é a classe mais adepta a execução do checklist, e com isso percebe-se a sua importância. A partir disso, é necessária a imposição de um profissional a fim de realizar esse protocolo, para que assim ocorram os benefícios aos pacientes que adentram ao centro cirúrgico reduzindo assim os eventos adversos que ocorrem.

Com base nos resultados obtidos através desse estudo é evidente que o protocolo de cirurgia segura é uma ferramenta de fundamental importância para o cuidado imposto, e que através dele podemos garantir uma assistência integral ao paciente, mesmo que não seja a maneira mais ideal a fim de suprir as necessidades básicas para a segurança do paciente assistido e da equipe cirúrgica que assiste.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Mariana. **Com 3 ações de erro médico por hora, Brasil vê crescer polêmico mercado de seguros.** 2017. BBC BRASIL. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45492337>>. Acesso em: 05 out. 2019.

BARBOSA, Maria Helena et al. Enfermagem Perioperatória e Segurança do Paciente. In: BEZERRA, Willyara Rodrigues et al. **Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental.** 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a15.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2019.

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.º 15, de 15 de março de 2012 – Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-15-de-15-de-marco-de-2012>>. Acesso em 11 out. 2017.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: . Acesso em 14 out.. 2019

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.º 15, de 15 de março de 2012 – Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-15-de-15-de-marco-de-2012>>. Acesso em 11 out. 2017.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: . Acesso em 14 out.. 2019

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética de Medicina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I:90. Retificação Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I;173. Disponível em:http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em 13 out.. 2019

BRASIL. IBGE. Censo demográfico, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/mossoro/panorama>>. Acesso em 24 de set. de 2019.
BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sítio Cirúrgico: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, 2009. Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf. Acesso em 10 out.. 2019

CAMPOS, A.C.B. Avaliação de uma instituição hospitalar com base no programa de acreditação hospitalar [dissertação]. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

CARVALHO, Arethusa de Melo Brito et al. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO. *Enfermagem em Foco*, Teresina, v. 3, n. 9, p.35-41, 2018. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Qualidade-De-Vida-No-Trabalho-Da-Equipe-De-Enfermagem-Do-Centro-Cir%C3%BArgico-1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

DONABEDIAN, A. An Introduction to Quality assurance in Health care. Oxford. University Press, 2003. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=fDSriunx6UEC&oi=fnd&pg=PR17&dq=An+Introduction+to+Quality+Assurance+in+Health+Care.+Oxford.+University&ots=v3zmMJKzqq&sig=-ZGKeMxDeSze5tS53hoqGsJILzo#v=onepage&q=An%20Introduction%20to%20Quality%20Assurance%20in%20Health%20Care.%20Oxford.%20University&f=false>. Acesso em 13 out.. 2019

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Método e Metodologia na Pesquisa Científica. São Paulo: Difusão Editora, 2004.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Rev. port. saúde pública*, Lisboa, v. 10, n. (vol. temat), p. 17-26, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000001133>. Acesso em 13 out.2019.

GIL, A.C. Como Elaborar, projeto de pesquisa. 5ª ed. São Paulo. Atlas. 2010.

GIL, Antonio Carlos. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, p. 59-86, 2006

GOODRICH JT. History of spine surgery in the ancient and medieval worlds. Neurosurg Focus. 2004;16:E2.

GRAZZIANO, Eliane da Silva et al. Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura. São Paulo: Yendis, 2016. Cap. 1. p. 4-6.

GRIGOLETO, A.R.L.; GIMENES, F.R.E.; AVELAR, M.C.Q.; Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.13, n.2, p.357-54, 2011.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira. PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO. 2018. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

HAYNES, A.B.; WEISER, T.G; BERRY, W.R. A Surgical Safety Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N. Engl. j. med, Boston, v. 360, n.5, p.491-99, 2009. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em 11 out.. 2019.

INNOCENZO, MD. Et al. Indicadores, Auditorias, Certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde, São Paulo, Martinari, p. 39 -56, 2006.

INNOCENZO, MD. Et al. Indicadores, Auditorias, Certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde, São Paulo, Martinari, p. 39 -56, 2006.

LEMOS CS, Peniche ACG. Nursing care in the anesthetic procedure: an integrative review. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2016 [cited Feb 4, 2018];50(1):158-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342016000100154&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en. Acesso em: 24 de Set. de 2019.

LOURENÇÃO, D.C.A; TRONCHIN, D.M.R. Segurança do Paciente no Ambiente Cirúrgico Tradução e Adaptação de instrumento validado. Acta Paulista de Enfermagem. V. 29, n.1, p. 1-8, 2016.

LOURENÇÃO, D.C.A; TRONCHIN, D.M.R. Segurança do Paciente no Ambiente Cirúrgico Tradução e Adaptação de instrumento validado. Acta Paulista de Enfermagem. V. 29, n.1, p. 1-8, 2016.

MAIA, A. B. da S. História da Ortopedia Brasileira. Belo Horizonte: Santa Edwirges, 1986.

MAZIERO, Eliane Cristina Sanches. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. 2012. 105 f.

Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 28.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01103.pdf>> Acesso em: 25/10/2019.

MOTTA FILHO, Geraldo da Rocha et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Revista Brasileira de Ortopedia*, [s.l.], v. 48, n. 6, p.554-562, nov. 2013. Georg ThiemeVerlag KG. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.08.002>.

OLIVEIRA, M.R.; et al. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*. v.18, n.1, 2014.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Publicado pela Organização Mundial de Saúde, em Janeiro de 2009, com o título Conceptual framework for the international classification for patients safety. Version 1.1. Final Technical Report. Direção-Geral da Saúde, 2011. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/ClassificacaoInternacionalSegurancaDoente.aspx>. Acesso em 13 out.. 2019.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 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 Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: repositorio.proqualis.net/fileserver.php?fileid=2570. Acesso em 14 out.. 2019

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago.2001. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)>. Acesso em: 26 out.2019.

SEIFFERT, L.S.; WOLFF, L.D.G.; WALL, M.L. A expertise de Nightingale e o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações de Saúde. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.16, n.3, p.556-9, 2011.

SILVA, A. C. A; et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*. v. 21, p. 01-09, 2016.

SILVA, Mariana Pereira da. Relações interpessoais no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem: uma ação comunicativa. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SORATTO, Jackset al. A creativeandsensitivewayto research. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 67, n. 6, p. 994-999, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0994.pdf> Acesso em: 22/10/2019.

TUBINO, P.; ALVES, E. **História da Cirurgia**. Disponível em http://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf. Acesso em: 10 out. 2019

VIEIRA, Orlando Marques. A EVOLUÇÃO DA CIRURGIA. Disponível em: <https://cbc.org.br/o-cbc/a-historia/a-evolucao-da-cirurgia/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

WACHTER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução: Laura Souza Berquó. 2ªed. PortaAlegre: Artmed, 2013. 320p.

WHO. World Health Organization. The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action. World Health Organization. Suíça: 2012. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/amr/publication/en/index.html>. Acesso em 24 de set. de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva (SZ): World Health Organization, 2016.