

PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: UMA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

PREVENTION OF ADVERSE EVENTS RELATED TO THE SURGICAL PROCEDURE: A NURSING PRACTICE

Lorena Suquyama Lelis¹
Mônica Santos Amaral²
Fernanda Miranda de Oliveira³

RESUMO

Objetivo: Identificar as medidas que podem ser executadas pela equipe de enfermagem para a prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico. **Materiais e Método:** Estudo do tipo exploratório, bibliográfico com análise integrativa, qualitativa da literatura disponível em bibliotecas convencionais e virtuais. **Resultados:** Identificou-se que a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica pelo Enfermeiro contribui de forma significativa para a prevenção de eventos adversos. A checagem do funcionamento dos aparelhos, previsão e provisão de recursos humanos e materiais, implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória com a possibilidade da realização da consulta pré-anestésica são os fatores que destacaram como medidas principais para a prevenção de eventos adversos cirúrgicos. **Conclusão:** A enfermagem enfrenta muitos desafios no que tange a assistência ao paciente cirúrgico. O dimensionamento inadequado de profissionais, altas jornadas de trabalho, falta de autonomia do Enfermeiro, falta de estrutura física e administrativa da instituição de saúde e ausência de um programa de educação continuada voltada para as especificidades do setor, colaboram para que a categoria em questão esteja contribuindo para a ocorrência de eventos adversos. A cultura punitiva das falhas que existe hoje na sociedade amedronta os profissionais de enfermagem, que deixam de comunicar as falhas para não sofrer punições. A notificação dos eventos adversos e a educação continuada deve ser exercida pelo Enfermeiro, de forma a disseminar a cultura de segurança do paciente no setor, incentivando que os erros sejam apontados para que possíveis falhas no sistema sejam corrigidos.

Palavras-chave: Enfermagem. Eventos adversos. Centro Cirúrgico. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: identify measures that can be performed by the nursing staff to prevent adverse events related to surgical procedures. **Materials and Methods:** Exploratory, bibliographical study with integrative, qualitative analysis of the literature available in conventional and virtual libraries. **Results:** It was identified that the implementation of

¹ Enfermeira, especialista em Centro Cirúrgico, CME e RPA. E-mail: lorenasuguyama@hotmail.com

² Enfermeira, Especialista em Enfermagem em UTI, Urgência e Emergência e Enfermagem do Trabalho. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde PUC-GO. Docente na faculdade de Inhumas FacMais, docente e coordenadora do programa de pós-graduação EAD da Faculdade CGESP. E-mail: coordenacao.ead@cgespensino.com

³ Enfermeira, Especialista em Enfermagem em UTI. Mestra em Ensino na Saúde pela UFG- Faculdade de Medicina. Enfermeira no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo- CRER. Docente nas faculdades UNIFAN, CGESP e Uni-Anhanguera. Preceptora de enfermagem em residência multiprofissional em saúde funcional e reabilitação do CRER. Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427. Artigo recebido dia 04 de setembro de 2017 e aprovado no dia 15 de outubro de 2017.

the Nursing Surgical Safety Checklist contributes significantly to the prevention of adverse events. Check the functioning of devices, estimation and provision of human and material resources, implementation of the Systematization of Perioperative Nursing Assistance with the possibility of performing the pre-anesthetic consultation are the factors that stand out as main measures for preventing surgical adverse events. Conclusion: Nursing faces many challenges regarding surgical patient care. The inadequate number of professionals, high work hours, lack of autonomy of the nurse, lack of physical and administrative structure of the health institution and absence of a continuing education program focused on the specificities of the sector collaborate so that the category in question is contributing to the occurrence of adverse events. The punitive culture facing failures that exist in society today scare nursing professionals, who avoid communicating mistakes to not suffer punishment. Notification of adverse events and continuing education should be carried out by the nurse in order to disseminate the safety culture of the patient in the sector, encouraging that errors are pointed out so that possible failures in the system are corrected.

Keywords: Nursing. Adverse events. Surgical Center. Patient Safety.

1 INTRODUÇÃO

A assistência á saúde é compreendida como um fenômeno complexo, que abrange uma equipe multidisciplinar, onde a probabilidade da ocorrência de falhas é considerada alta. Os riscos relacionados á saúde podem ser diminuídos, através da implantação de medidas que visam a segurança do paciente. O Centro Cirúrgico é o ambiente que apresenta o maior desafio no que tange a prestação de uma assistência de qualidade e segura. As ações desenvolvidas neste setor são de alta complexidade, fato que faz com que este estor ofereça um alto risco para a que os eventos adversos aconteçam (CORONA; PENICHE, 2015).

As complicações cirúrgicas são na maioria das vezes provocadas pela inexistência de uma prática segura por parte dos profissionais de saúde atuantes no setor, onde as medidas de segurança existentes não são utilizadas da forma adequada. A falta de uma sistematização contribui para a insegurança relacionada a prática da saude no centro cirúrgico. As complicações anestésicas são consideradas a maior causa de morte durante as cirurgias no mundo (CORONA; PENICHE, 2015).

Diante das altas taxas de morbidade e mortalidade nos pacientes cirúrgicos, a Organização Mundial de Saúde lançou em 2008 a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” em parceria com 284 organizações e Ministério da Saúde de diversos países. No Brasil, em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou do Diário Oficial da União a Resolução da Diretoria Colegiada número 36,

RDC 36/13 que institui as medidas para a promoção da segurança do paciente e consequente melhora da qualidade nos serviços de saúde (DUARTE, et al., 2015).

O Enfermeiro é o profissional que vai gerir o Centro Cirúrgico em uma instituição de saúde. Este deve prever e prover os recursos humanos e materiais para que a assistência à saúde seja exercida com a inferência mínima de riscos, podendo atuar também na prestação de cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. A função educativa é igualmente exercida por esse profissional que é responsável por elaborar e colocar em práticas ações que vão garantir segurança do paciente cirúrgico, obedecendo as legislações vigentes no país (CORREGIO, et al., 2014).

Sendo assim para realizar esta pesquisa parti do seguinte problema: Quais são as medidas adotadas pela enfermagem para a prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico?

Essa pesquisa se justifica pela necessidade de um estudo para identificar as medidas que podem e devem ser adotadas pela enfermagem para a prevenção de eventos adversos ao paciente cirúrgico. Desta forma é necessário que o Enfermeiro responsável pelo setor tenha conhecimento das legislações existentes pertinentes ao centro cirúrgico e da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Visando a melhoria da qualidade da assistência e o incentivo ao estabelecimento de uma cultura de segurança focada em buscar as possíveis falhas sistêmicas, torna-se necessário que se evidencie o papel do enfermeiro na identificação dos problemas que podem induzir ao erro com as possíveis medidas preventivas de forma a garantir a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico.

2 OBJETIVO

Destacar quais são as medidas que podem ser adotadas pela equipe de enfermagem para a prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, que segundo Noronha e Ferreira (2000): Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

[...] estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada (NORONHA; FERREIRA, 2000).

Para levantamento dos artigos foi realizado busca *online* na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), usando os seguintes descritores de saúde (Decs): Enfermagem, Eventos adversos, Centro Cirúrgico, Segurança do paciente.

Os critérios de inclusão foram textos em português e disponível na íntegra. O critério de exclusão foram artigos que fizeram fuga ao tem.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 21 artigos, e foi realizada leitura exploratória dos mesmos, sendo que destes 07 foram excluídos por caracterizarem fuga ao tema. Para a presente pesquisa serão usados 14 artigos conforme descritos no quadro abaixo:

Quadro 1. Características e principais resultados dos estudos examinados. Goiânia, 2017.

Autor (Ano)	Título	Principais Resultados
MOURA, M.L.O.; MENDES, W. 2012	Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro.	Mais de 60% dos casos analisados foram classificados como pouco ou nada complexo e de baixo risco de ocorrer um evento adverso relacionado ao cuidado.
BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. 2013	Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem	As causas mais frequentes encontradas pelo estudo para a ocorrência de eventos adversos foram: rotina na programação de procedimentos eletivos e comunicação ineficaz entre a equipe de enfermagem e médica.
BEZERRA, W.R, et al., 2015	Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental.	Os incidentes encontrados no estudo estão relacionados à suspensão da cirurgia, perfuração de luvas. Acidentes com pacientes por falhas técnicas no procedimento e gerenciamento do serviço foram atribuídos à distração da equipe, falha na prescrição, falta de conhecimento técnico, sobrecarga de trabalho e falha da organização do serviço.
SOUZA, L.P, et al., 2011	Eventos adversos: instrumento de avaliação do despenho em centro cirúrgico de um Hospital Universitário.	Verificou-se a ocorrência de 42 eventos adversos relacionados à assistência e organização do serviço, resultando em danos graves, inclusive óbito.

DUARTE, S.C.M, et al., 2015	Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem	Identificou-se como os principais eventos adversos na enfermagem: erros na administração de medicação, não realização de curativos e quedas.
PANCIERI, A.P, et al., 2013	Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola.	Concluiu que a ampliação da segurança em procedimentos cirúrgicos necessita de investimentos no conhecimento relativo ao ato cirúrgico, para o paciente e para a equipe.
CORONA, A.R.P.D; PENICHE, A.C.G. 2015	A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura.	A cultura punitiva relativa aos incidentes cometidos na instituição de saúde precisa ser modificada para uma cultura justa. O reconhecimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica somente será reconhecida e valorizada após essa mudança.
MONTEIRO, E.L, et al., 2014	Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem Peri operatória.	O desenvolvimento de um instrumento de enfermagem precisa ser de fácil interpretação e preenchimento.
CORREGGIO, T.C.D, et al., 2014	Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico	Os profissionais não percebem um clima de segurança para executar seu trabalho. A educação permanente e a adoção de práticas seguras pela instituição são necessárias para que a segurança do paciente seja prioridade.
BOTELHO, J, et al., 2013	Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico.	A dificuldade da aplicação da SAE é justificada pela falta de entendimento sobre o assunto ou por motivos institucionais. É preciso uma padronização do serviço, uma educação continuada para a reflexão sobre a aplicação do cuidado de forma organizada.
MIRANDA, A.B, et al., 2016.	Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório.	O posicionamento cirúrgico pode provocar complicações, sendo a lesão por pressão a mais frequentemente apontada.
GUIDO, L.A, et al., 2008	Competências do enfermeiro em Centro Cirúrgico: reflexões sobre ensino/assistência.	Par que o enfermeiro exerça uma função efetiva em centro cirúrgico, é necessário que seja delimitado as funções de enfermagem e multidisciplinar.
SCHWARTZMAN, U.P, et al., 2011	A importância da consulta pré-anestésica na prevenção de complicações.	A consulta pré-anestésica se realizada em condições ideais pode aumentar a segurança do paciente, reduzir riscos e tempo de internação com a previsão de leitos na UTI e outros recursos.
ISSA, M.R.N, et al., 2011	Avaliação Pré-anestésica e redução dos custos do preparo pré-operatório.	A avaliação pré-anestésica como preparo pré-operatório pode reduzir os custos quando comparada ao preparo orientado pelo cirurgião.

Foi realizada leitura analítica dos artigos selecionados que possibilitou a organização dos assuntos por ordem de importância e a sintetização destas que visou à fixação das ideias essenciais para a solução do problema da pesquisa. Para operacionalizar a pesquisa os achados serão discutidos em categorias.

4.1 A finalidade e importância do centro cirúrgico no contexto hospitalar

O centro cirúrgico constitui-se em um ambiente peculiar com uma estrutura complexa, de acesso restrito, onde as normas e rotinas são necessárias para a garantia da segurança do paciente e dos funcionários. Este setor concentra recursos humanos e materiais que são necessários aos procedimentos anestésicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos (GUIDO et al., 2008).

Por se tratar de um setor que exerce atividades diferenciadas, a dinâmica do trabalho e a relação profissional precisam acontecer de uma forma harmoniosa, onde é necessário que a equipe multiprofissional atuante seja capacitada e preparada para exercer suas atividades com habilidade, agindo com destreza frente às intercorrências que ocasionalmente podem ocorrer (MIRANDA, 2016).

A importância do Centro Cirúrgico se remete a dramaticidade das atividades ali desenvolvidas. É considerado o local onde mais oferece risco ao paciente devido à intensa exposição de órgãos, vísceras e mucosas, tendo a tecnologia como grande aliada. Este ambiente exige um dimensionamento profissional específico, movimentando um grande aporte relativo aos recursos materiais. O controle de microorganismos precisa ser intenso para evitar o surgimento de infecções (GUIDO et al., 2008).

Para tanto, é imprescindível a implantação de protocolos voltados para a segurança do paciente, abrangendo a higienização e limpeza do ambiente, vestuário dos profissionais e uso regular de equipamentos de proteção individual.

O Enfermeiro exerce atividades complexas dentro de um Centro Cirúrgico, sendo a ele atribuídas as funções que podem ser assistenciais, administrativas, ensino e pesquisa. Este profissional é responsável por garantir que os procedimentos realizados obedecem às técnicas assépticas, além de desempenhar atividades burocráticas, supervisão da equipe de enfermagem e monitorização da funcionalidade dos equipamentos existentes no ambiente (GUIDO et al., 2008).

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

4.2 A análise do risco cirúrgico: uma avaliação pré-anestésica

A avaliação clínica geral pré-operatória é importante para a detecção de possíveis afecções e comorbidades que podem influenciar os resultados do procedimento cirúrgico. O exame físico deve avaliar o estado nutricional do paciente, presença de doenças de base, doenças hemorrágicas, antecedentes alérgicos, cirurgias já realizadas e tempo de internação. Existe a indicação da realização de exames complementares pré-operatórios para a complementação da avaliação clínica do estado de saúde do paciente, sendo considerado um suporte para o procedimento anestésico (SCHWARTZMAN, 2011).

A classificação mundialmente usada para verificar o grau de acometimento de doenças sistêmicas associadas é o sistema ASA (*American Society Anesthesiologists*).

Classificação do estado físico segundo a ASA

ASA 1	Paciente saudável sem comorbidades significativas
ASA 2	Paciente com doença sistêmica leve
ASA 3	Paciente com doença sistêmica grave
ASA 4	Paciente com doença sistêmica grave com iminente risco de morte
ASA 5	Paciente moribundo
ASA 6	Paciente em morte encefálica

Fonte: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2006.

Esse escore apresenta algumas limitações, haja vista que muitos pacientes classificados no ASA 1 morrem durante ou após o ato anestésico ou procedimento cirúrgico. Esse método de avaliação não especifica quais são as doenças sistêmicas classificadas como leve, grave e com risco de morte, deixando por conta do avaliador essa classificação.

Para Issa et al. (2011), as principais informações que precisam ser coletadas durante a consulta pré-anestésica incluem:

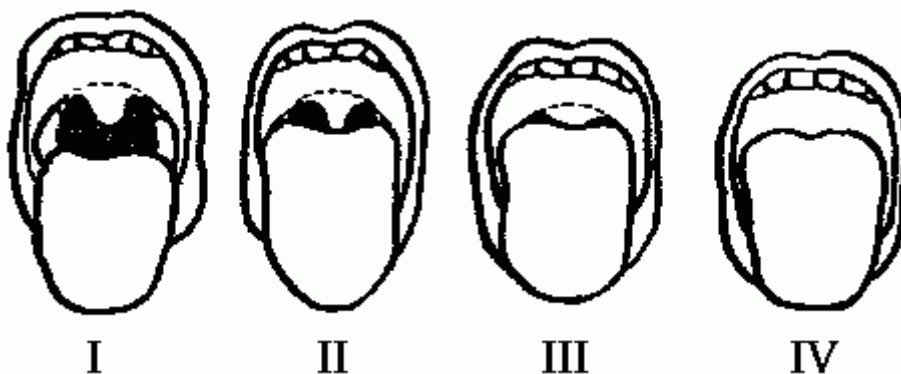
- A identificação do paciente: Pode ser considerada a principal medida para que os erros sejam evitados. Neste momento correlaciona-se a idade e o sexo com o procedimento que será realizado para estabelecer-se um risco cirúrgico.
- Dados antropométricos: Avalia-se o peso, altura e índice de massa corpórea. É necessário que o profissional faça uma interpretação das informações para se estabelecer qual será a relevância destas no risco cirúrgico. O peso é fundamental para o cálculo de medicações. Pacientes obesos podem apresentar uma via aérea difícil para intubação, e a magreza excessiva representa risco de lesões durante o procedimento.
- Cirurgia a ser realizada: A equipe precisa conhecer o procedimento que será realizado no que tange a intensidade do trauma cirúrgico e as particularidades do ato cirúrgico. O risco de sangramento precisa ser avaliado criteriosamente.
- Co-morbidades pré-existentes: Hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias e pneumopatias precisam ser avaliados, pois podem levar a graves riscos de complicações cirúrgicas. Para tanto, diante da existência destas é necessário uma avaliação do risco e benefício da anestesia, com um controle da co-morbidades em questão para a possível diminuição de riscos durante o ato anestésico.
- Medicamentos em uso: Alguns medicamentos utilizados pelo paciente podem interagir com o anestésico que será administrado. O uso de anti-hipertensivos, anticoagulantes, hipoglicemiantes, antidepressivos e mesmo os medicamentos fitoterápicos precisam ser investigados. Em alguns casos estes precisam ser interrompidos antes do procedimento cirúrgico.
- Presença de infecções: É necessária a investigação da incidência de febre, dores, gripe, dentes maltratados, lesões de pele, tosse persistente. A existência de um processo infeccioso pode desenvolver um foco de contaminação durante o ato cirúrgico. Exames complementares de urina e raio-x de tórax podem ser necessários para uma investigação mais precisa.
- Histórico familiar: Devido à existência de muitas doenças genéticas esta etapa precisa ser realizada. Investiga-se a presença de casos de hipertermia maligna, miopatia e anafilaxia para avaliar-se o risco da ocorrência destas.

- **Alergias:** É preciso que o paciente informe a presença de alergia a medicamentos. A reação ao látex precisa ser avaliada, devido à probabilidade de provocar parada cardíaca súbita. Se houver dúvida acerca da possível alergia a algum medicamento, este fato deve ser tratado como alergia existente e o fármaco deve ser suspenso.
- **Cirurgias realizadas:** Investiga-se se houve complicações durante os procedimentos cirúrgicos passados. Avalia-se o estado de ansiedade e medo da anestesia.
- **Uso de drogas lícitas e ilícitas:** A frequência do uso do tabaco e do álcool precisa ser avaliada. As drogas ilícitas podem provocar interação com o anestésico, levando a um risco de morte (ISSA et al., 2011).

A avaliação prévia das vias aéreas pode revelar uma possível complicação que o paciente pode apresentar. A identificação da anatomia pode sugerir uma dificuldade no equilíbrio da ventilação e oxigenação necessária para a manutenção da vida. Para tanto, estuda-se uma melhor maneira de manipulação da via aérea em questão. A classificação de Mallampati e a distância tireo-mento e esterno-mento são utilizadas para avaliar a via aérea difícil (SCHWARTZMAN, 2011).

Classificação de Mallampati

Mallampati classe 1	Palato mole, fauces, úvula e pilares visíveis
Mallampati classe 2	Palato mole, fauces e úvula visíveis
Mallampati classe 3	Palato mole e base da úvula visível
Mallampati classe 4	Apenas palato duro



Fonte: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2006.

4.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)

No Brasil a Sistematização da Assistência de Enfermagem é regulamentada pela Resolução nº358 de 2009. A sua implementação nos serviços de saúde gera uma grande melhoria nos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes. Botelho et al. (2013) afirma que a SAEP contempla as seguintes etapas:

- Avaliação pré-operatória (Coleta de dados): É realizada uma entrevista com o paciente e/ou familiares para uma investigação de saúde.
- Identificação dos problemas (Diagnóstico de Enfermagem): Com base nos dados obtidos na etapa anterior, realiza-se um julgamento clínico a respeito dos problemas identificados que vão precisar ser assistidos durante o procedimento cirúrgico.
- Planejamento da assistência de Enfermagem: Realização da prescrição de enfermagem com os devidos cuidados que deverão ser cumpridos.
- Implementação: Envolve a execução das ações de enfermagem pela equipe.
- Avaliação pós-operatória: Verifica-se o estado de saúde do paciente, registrando as informações no prontuário (BOTELHO et al., 2013).

Durante o planejamento da cirurgia proposta, o enfermeiro deve prover e prever os recursos humanos e materiais necessários para a realização segura da cirurgia. No momento da admissão no centro cirúrgico, o enfermeiro confere os dados do paciente, demarcação do sítio cirúrgico e presença de exames. Um breve exame físico deve ser realizado, onde as condições emocionais, doenças de base, alergias, sinais vitais deverão ser avaliados. Realiza-se a remoção de próteses, lentes e adornos caso não tenham sido retirados (MIRANDA et al., 2016).

No decorrer da indução anestésica o enfermeiro auxilia o médico no que tange a passagem de cateter venoso central, punção periférica, instalação de infusões e reversão da anestesia. A atuação deste profissional no posicionamento cirúrgico é ativo e fundamental para a prevenção de possíveis lesões (BOTELHO et al., 2013).

Finalizado o procedimento cirúrgico, o paciente pode ser transferido para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), Unidade de Terapia Intensiva ou leito de internação. Na SRPA, o enfermeiro garante a reversão dos efeitos anestésicos, com

a devida recuperação das funções neurológicas, sensitivas e motoras, garantindo um equilíbrio fisiológico do paciente (BOTELHO et al., 2013).

O posicionamento cirúrgico precisa ser supervisionado pelo enfermeiro para evitar o desenvolvimento de lesões por comprometimento da circulação e das proeminências ósseas. O posicionamento correto evita vícios como a hiperextensão dos membros e fixação incorreta do paciente. A escolha da posição deve avaliar alguns aspectos: estado de consciência, a área operatória que deve estar exposta da forma adequada, suprimento vascular adequado, respiração livre de pressões externas, posição correta dos braços e pernas para prevenir lesões ou paralisias (MIRANDA et al., 2016).

4.4 Protocolo cirurgia segura

Durante a Assembleia Mundial da Saúde ocorrida em 2002, países integrantes da Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendaram medidas para aumentar a segurança do paciente, depois de admitirem a necessidade de diminuir o dano e o sofrimento de pacientes relacionados a erros médicos. Em 2004, foi lançado a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que destacou pontos importantes a serem abordados, definidos como Desafios Globais (PANCIERI et al., 2013).

Em 2007/2008 foi estabelecido o segundo desafio global, visando aumentar a segurança do paciente no centro cirúrgico, objetivando maximizar a qualidade e segurança do cuidado contemplando quatro importantes ações: prevenção de infecções do sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores e assistência cirúrgica. O projeto “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” contribui para que seja colocado em prática medidas preventivo efetivas que vão melhorar a assistência cirúrgica (PANCIERI et al., 2013).

As complicações cirúrgicas são responsáveis por um número elevado de mortes que podem ser prevenidas. Para que a segurança no centro cirúrgico aconteça é necessária à aplicação de várias etapas que são importantes à assistência e que devem ser praticadas por toda a equipe multiprofissional, onde o trabalho em equipe ira beneficiar diretamente o paciente (CORONA; PENICHE, 2015).

O avanço nas práticas de anestesia tem contribuído diretamente para a redução dos óbitos Peri operatórios. Um anestésico pode levar a uma supressão

respiratória e a hipóxia, sendo necessárias ações imediatas para o restabelecimento e controle das vias aéreas. Outras reações como a hipotensão, hipertensão, hipertermia maligna e anafilaxia também podem ocorrer durante o ato anestésico. Por isso a anestesiologia foi considerada por muitos séculos um procedimento mais perigoso que o próprio ato cirúrgico (CORREGGIO et al., 2014).

As cirurgias realizadas em locais errados foram reconhecidas como um ponto importante para discussão. Problemas na comunicação e na liderança foram os fatores apontados como os que mais contribuem para a realização de cirurgias em “lugares errados”. A identificação correta do paciente, a demarcação o sitio cirúrgico, a melhoria dos protocolos e do trabalho em equipe são fatores necessários para que este problema seja eliminado (CORONA; PENICHE, 2015).

A criação de um protocolo pré-operatório para impedir a realização de cirurgias em lugares errados deve contemplar: identificar o paciente, verificar se o formulário de consentimento está correto, demarcação do local onde será realizada a cirurgia em casos que envolve lateralidade ou várias estruturas, inserir uma pausa cirúrgica antes da incisão para confirmação de dados, assegurar a disponibilidade de exames diagnósticos apropriados (PANCIERI et al., 2013).

A segurança durante o ato anestésico deve contemplar o preparo da sala antes do procedimento cirúrgico. No início do plantão deve-se checar o funcionamento dos aparelhos. O paciente deve ser monitorizado durante todo o procedimento, com o uso de oxímetro de pulso e monitorização cardíaca, com o fornecimento de oxigênio suplementar quando for utilizada a anestesia geral. As vias aéreas e circulação devem ser monitoradas constantemente através da ausculta. A pressão arterial e a temperatura devem ser monitoradas (OMS, 2010).

A avaliação das vias aéreas antes da indução anestésica diagnostica possíveis dificuldades caso seja necessário a intubação orotraqueal. O índice de Mallampati é o mais utilizado para esta avaliação. Quando o paciente for classificado como via aérea difícil é preciso que um plano de assistência seja traçado durante a indução anestésica. Para as cirurgias eletivas é importante que o jejum seja respeitado para evitar o risco de aspiração. A avaliação da via aérea deve ser registrada no prontuário (CORREGGIO et al., 2014).

A perda de grande volume sanguíneo deve ser avaliada no pré-operatório. Se houver um risco de grande perda, é necessário que haja uma reserva sanguínea para

o paciente, haja vista que a hipovolemia pode levar ao choque, com graves consequências cardíacas. A confirmação da reserva de hemoderivados deve ser garantida (OMS, 2010).

A verificação de possíveis alergias deve ser considerada para evitar risco de hipersensibilidade antes da administração de fármacos. As medicações e as soluções a serem infundidas devem estar claramente identificadas. É importante que o profissional conheça a ação do medicamento que será administrado. O enfermeiro deve garantir que as ampolas estejam devidamente etiquetadas e armazenadas da forma correta. Medicamentos que possuem apresentação semelhante devem ter a identificação diferenciada para que erros sejam evitados na administração (OMS, 2010).

O uso de antibióticos profiláticos deve ser considerado antes do procedimento cirúrgico. Estes devem ser administrados uma hora antes da incisão em dose e espectro microbianos específicos que sejam eficazes contra os patógenos que podem colonizar o procedimento. O processo de esterilização deve ser constantemente monitorado. A avaliação dos indicadores de esterilidade deve ser checada antes da abertura dos campos e qualquer problema identificado deve ser imediatamente comunicado (OMS, 2010).

Se o procedimento cirúrgico durar mais de quatro horas ou um perda sanguínea em grande quantidade a repetição do antimicrobiano deve ser indicada. A tricotomia deve ser realizada duas horas antes da cirurgia se for interferir no procedimento, com a utilização da tesoura, pois os pelos não devem ser removidos (OMS, 2010).

A normotermia do paciente deve ser mantida, pois a hipotermia pode levar a alterações cardiovasculares significativas. A antissepsia da pele dos pacientes deve ser realizada com um antisséptico de boa qualidade, este deve ser escolhido de acordo com sua eficácia em diminuir de forma rápida o número de microorganismos da pele. A antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços também deve ser realizada de forma criteriosa com o uso de um antisséptico para evitar a disseminação bacteriana (OMS, 2010).

O uso de equipamentos de proteção individual no centro cirúrgico deve ser preconizado pela gestão do setor, onde a utilização da touca, capotes, máscara e luvas estéreis devem ser obrigatórias pela equipe cirúrgica. A realização de um banho com um antisséptico pelos pacientes que irão se submeter a uma cirurgia também é

considerada uma medida eficaz para a redução da carga microbiana da pele, evitando-se desta forma a infecção do sítio cirúrgico (OMS, 2010).

Quando for realizada abertura das cavidades peritoneal, retroperitoneal, pélvica ou torácica, deve-se realizar uma contagem das compressas, agulhas e instrumentais que foram utilizadas durante o procedimento para que a retenção destes dentro do paciente seja evitada. Se houver a presença de espécimes cirúrgicos, estes devem ser identificados da forma correta, com o nome do paciente, a localização de onde foi retirado (CORREGGIO et al., 2014).

Para que haja uma segurança cirúrgica efetiva é necessário o fortalecimento dos membros da equipe. O Enfermeiro deve comunicar a equipe os cuidados e as intercorrências reconhecidos durante o ato cirúrgico ou recuperação. O relato cirúrgico completo deve conter todas as informações pertinentes à cirurgia, incluindo o nome de todos os membros da equipe que foram envolvidos (CORONA; PENICHE, 2015).

A classificação cirúrgica de Apgar deve ser utilizada para detectar a probabilidade de complicações mais severas com risco de morte dentro do prazo de 30 dias depois da cirurgia. Esta escala utiliza a mensuração transoperatória da perda sanguínea estimada, pressão arterial média mais baixa e a frequência cardíaca mais baixa. Pacientes com pontuação menor que 5 possuem um risco aumentado de complicações, enquanto os que possuem uma pontuação entre 9 e 10 possuem um risco diminuído (OMS, 2010).

A vigilância cirúrgica em nível hospitalar e médico deve ser realizada pelo gestor, onde será coletada a taxa de mortalidade no dia da cirurgia, taxa de mortalidade pós-operatória em pacientes internados, taxa de infecção de sítio cirúrgico e Classificação Cirúrgica de Apgar (CORREGGIO et al., 2014).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica apresenta três tempos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operações. Esta lista precisa estar adaptada às rotinas e expectativas do setor. Para a sua implementação é necessário que o chefe do departamento de cirurgia e o Enfermeiro divulguem que a segurança do paciente é prioridade para a instituição, e que a utilização efetiva da lista sugerida pela OMS pode contribuir de forma significativa com esse objetivo (PANCIERI et al., 2013).

4.5 Segurança do paciente e eventos adversos

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

De acordo com a RDC nº36/2013, a segurança do paciente pode ser entendida como um conjunto de medidas que tem o objetivo de diminuir os danos desnecessários associados à assistência da saúde. Os eventos adversos são definidos pela RDC nº36/2013 como incidentes que resultam em danos à saúde do paciente. O erro é compreendido como uma falha em executar um plano de ação ou uma execução incorreta (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

O incidente é caracterizado como uma circunstancia que poderia levar ou levou a um dano desnecessário à saúde. O dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo (RDC nº 36, 2013). Estes danos podem abranger lesões devido a um posicionamento cirúrgico inapropriado, infecções do sítio cirúrgico, realização de procedimentos em lugares errados, problemas durante a anestesia, administração de medicamentos errados e da forma inadequada. Problemas estes que aumentam o tempo de internação hospitalar e o risco de óbito (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

A efetividade do tratamento cirúrgico depende do tipo de assistência que foi prestada, devendo esta ser individual e integral em todos os momentos Peri operatórios. A enfermagem tem um papel importante na prevenção dos eventos adversos, devido ao maior tempo de permanência no centro cirúrgico, sendo que na maioria das vezes o Enfermeiro é o responsável técnico pelo setor, devendo implementar e cobrar que os protocolos assistenciais sejam colocados em prática (MONTEIRO et al., 2014).

O Enfermeiro supervisiona as boas práticas relacionadas à assistência à saúde que devem ser adotadas pela equipe multiprofissional: a correta antisepsia cirúrgica das mãos pelos profissionais, o uso de antibiótico profilático, uso correto dos EPI's, previsão e provisão de materiais e recursos humanos necessários, conferência da funcionalidade dos aparelhos existentes, supervisão do processo de esterilização, entre outros tantos (MONTEIRO et al., 2014).

Em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente através da Portaria nº529/13 que define a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que deverá implementar o Plano de Segurança do Paciente em Serviço de Saúde (PSP). Este plano deve conter as situações de risco com as devidas estratégias que vão diminuir ou eliminar a ocorrência dos incidentes, desde o momento da admissão até a alta, transferência ou óbito do paciente (DUARTE et al., 2015).

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

Para a efetividade do Plano de Segurança do Paciente é necessário uma gestão de risco, onde deverá ser aplicada uma conduta que visa identificar, analisar e avaliar o controle de riscos e eventos adversos que comprometem a saúde do paciente. No centro cirúrgico é imprescindível a implantação de protocolos adaptados à realidade de cada instituição que precisa estar de acordo com a demanda e o tipo de cirurgia realizada. A educação continuada também precisa ser incentivada, devendo ser praticada pelo Enfermeiro, que treinará a equipe para boas práticas preventivas (BEZERRA et al., 2015).

A incompreensão do erro pelo gestor pode ocasionar no profissional envolvido uma sensação de culpa, vergonha e medo, devido à intensa cultura de que o erro precisa ser fortemente punido, fato que contribui para a omissão dos eventos. O Enfermeiro precisa notificar os eventos adversos, compreendendo-os em sua totalidade. A ocorrência de erros está subsidiada por sobrecargas de trabalho, falta de conhecimento, falta de comunicação, baixa infraestrutura institucional, dentre outros (SOUZA et al., 2011).

Os fatores que podem contribuir para que os eventos adversos aconteçam em pacientes cirúrgicos pela equipe de enfermagem, incluem: não conferir a identificação do paciente com o quadro cirúrgico, não testar equipamentos que serão utilizados nos procedimentos, retaliação da equipe médica quando os profissionais apontam possíveis problemas, falta de autonomia do líder que leva a omissão da equipe técnica (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

A incidência de eventos adversos cirúrgicos sugere a necessidade de monitoramento com a criação de estratégias para intervenção. As complicações cirúrgicas são eventos que podem ser controlados, diminuindo o índice de morbidade e mortalidade dos pacientes pós-cirúrgicos. A identificação dos fatores envolvidos nos erros cirúrgicos pela equipe de enfermagem possibilita o desenvolvimento de intervenções administrativas e assistenciais que visam à valorização da segurança do paciente e do trabalho profissional (DUARTE et al., 2015).

4.6 Complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico: medidas de prevenção

A monitorização eletrônica completa que contempla a monitorização cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial, temperatura corporal, frequência cardíaca e capnografia precisam ser instituídas no centro cirúrgico para que o anestesista realize uma avaliação completa do estado de saúde do paciente durante o procedimento cirúrgico. O sistema de alarme precisa ser fixado para diminuir o risco de alarme falso e para que a ocorrência de eventos graves seja ouvida pela equipe (SOUZA et al., 2011).

A hipoxemia pode ser provocada por problemas no ventilador mecânico ou por complicações na via aérea como, obstrução, deslocamento do tubo traqueal, aspiração, broncoespasmo, apneia durante a sedação, dificuldade para intubação devido à via aérea ser difícil de visualização. A cianose, palidez e arritmia são as principais manifestações clínicas da hipoxemia. A oximetria de pulso e a vigilância do anestesista para a detecção precoce do problema associado com a capnografia (CO₂ expirado) é possível detectar obstruções, deslocamento do tubo traqueal e problemas na ventilação (BEZERRA et al., 2015).

As lesões por compressão ou um posicionamento inadequado podem e devem ser evitados pela equipe de enfermagem. Durante o procedimento cirúrgico a compressão sobre proeminências ósseas, nervos e outras estruturas podem ocasionar lesões isquêmicas com o desenvolvimento de feridas e lesão do nervo periférico. As articulações precisam ser bem alinhadas para evitar o estiramento ou torções (MIRANDA et al., 2016).

Deve-se evitar posições que dificultam a circulação e o retorno venoso devido ao risco do desenvolvimento de trombozes. Posições que podem dificultar o trabalho respiratório também precisam ser evitadas. O uso de coxins e almofadas para a proteção de áreas críticas precisa ser implementado (MIRANDA et al., 2016).

A hipotermia que pode ser causada devido à exposição de cavidades do paciente e a baixa temperatura da sala operatória precisa ser fortemente monitorada. Os idosos e recém-nascidos são mais propensos. Para evitar a hipotermia é necessário enfaixar as extremidades do corpo com algodão ortopédico e crepom. O uso de colchão térmico que permite que a água quente circule ou a manta térmica são excelentes opções para as cirurgias de grande porte. A remoção de roupas e campos molhados deve ser preconizada pelo Enfermeiro (MIRANDA et al., 2016).

Para evitar a administração de sangue e medicamentos ao paciente errado é preciso que haja a identificação correta do paciente, com a conferência do nome da mãe. Os medicamentos que não serão administrados imediatamente após o preparo precisam ser identificados com rótulos. Toda solução que será infundida no paciente tem que ser rotulada com o nome do paciente, fármaco, dose, diluição, horário e nome do profissional. Todo medicamento sem rótulo deve ser desprezado como medida de segurança (OMS, 2010).

O risco de aspiração pode ser evitado através do jejum. Para o paciente que se encontra internado, deve-se retirar os alimentos do quarto e colocar uma placa na cabeceira informando o jejum e o horário do procedimento. Os gargarejos e a higiene oral sem deglutição são permitidos. Em casos de emergência, o esvaziamento gástrico por sonda pode ser necessário. A manobra de sellick (pressão cricoidea) evita o vômito e a aspiração durante a intubação. O sistema de aspiração precisa estar montado e preparado para o uso caso seja necessário (OMS, 2010).

O risco de infecção cirúrgica é controlado pela escovação e paramentação adequada da equipe cirúrgica. O Enfermeiro precisa verificar se a antibioticoprofilaxia foi administrada uma hora antes da cirurgia. Pessoas que não são essenciais ao centro cirúrgico precisam ser evitadas. O processo de esterilização precisa ser checado antes da abertura dos campos. A antisepsia da pele do paciente precisa ser feita com um antisséptico preconizado (MIRANDA et al., 2016).

A coleta de informações sobre possíveis alergias do paciente previne um quadro de anafilaxia. É necessária a investigação acerca de reações ao látex, esparadrapo, antissépticos iodados, anestésicos, antibióticos e outros. Quando houver uma afirmação positiva sobre processo alérgico, o enfermeiro deve colocar aviso em prontuário, no quadro da sala operatória, ou outra forma preconizada pela instituição. Os sinais clínicos de anafilaxia são: hipotensão, taquicardia, choque, hipoxemia e broncoespasmo (SCHWARTZMAN, 2011).

A hipertermia maligna é um evento raro porem letal. O histórico sobre a ocorrência de evento febril grave no paciente ou em familiares próximos precisa ser investigado. A sintomatologia inclui: taquicardia, febre muito alta com elevação súbita e rápida, hipertonia muscular e hipotensão. O primeiro sinal observável pode ser o aumento do CO₂ expirado na capnografia. Normalmente ocorre durante a indução anestésica, mas pode acontecer durante ou após a cirurgia. Quando diagnosticada é

necessário interromper o ato anestésico, adiar a cirurgia e reduzir a temperatura do corpo com água gelada. (SCHWARTZMAN, 2011).

A atenção do cirurgião e do instrumentador é a principal medida para prevenção do esquecimento de material dentro da cavidade. O circulante da sala deve realizar a contagem inicial e final das gases, compressas e agulhas utilizadas nas cirurgias abdominais e torácicas (ISSA et al., 2011).

O paciente que ingere medicamentos pré-anestésicos e os que serão encaminhados para a sala de recuperação pós-anestésica precisam ser transportados com a grade da cama elevada para evitar o risco de quedas. Na fase de indução o paciente pode ficar inquieto e agitado podendo sofrer queda da maca. A contenção pode ser indicada (ISSA, et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência de eventos adversos associados ao procedimento cirúrgico pode ser considerada de grave impacto na saúde do paciente. O erro que pode ocasionar dano encontra-se atrelado não apenas a imperícia, imprudência ou negligência do funcionário, mas também encontra suas bases alicerçadas nas altas jornadas e carga excessiva de trabalho, falta de estrutura institucional, falta de autonomia do enfermeiro responsável, falta de comunicação e de um programa de educação continuada que visa a constante atualização dos profissionais do centro cirúrgico.

A incidência de eventos adversos pelos profissionais da enfermagem ocasionam diversos problemas como o estresse emocional, punições legais pelos Conselhos e pela administração da instituição. A cultura de segurança do paciente precisa ser difundida e defendida pela instituição e pelo Enfermeiro, onde a discussão sobre ações não punitivas precisam ser reiteradas.

A avaliação da qualidade da assistência é um instrumento importante para o controle dos processos de saúde, podendo ser desenvolvida através da implantação de um gerenciamento de risco, onde a enfermagem pode exercer uma assistência exequível, com menores índices de complicações ocasionadas por falhas durante os

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

procedimentos realizados. Uma mudança na organização do trabalho pode diminuir a incidência de erros pela equipe de enfermagem.

O dimensionamento de enfermagem é um quesito que influencia diretamente na ocorrência de eventos adversos. A adoção de uma cultura que favorece uma assistência de qualidade com a devida valorização do trabalhador pode interferir suntuosamente no processo de trabalho da instituição. O protocolo Cirurgia Segura do Ministério da Saúde vem ao encontro da expectativa de melhora na assistência cirúrgica.

A implantação do check-list operatório requer uma capacitação do Enfermeiro, que precisa de autonomia e liderança para sua execução. Desta forma, a Lista de Verificação Operatória adaptada à realidade de cada instituição é um grande instrumento para que os eventos adversos sejam evitados.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, W.R, et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. Revista eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.17, n. 4, p.1-11, out/dez 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a15.pdf>. Acesso em 15/05/2017.

BOHOMOL, E; TARTALI, J.A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.26, n.4, p. 376-381, outubro 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400012. Acesso em 15/05/2017.

BOTELHO, J, et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. Revista Enfermagem em Foco, v.4, n.3,4. p. 198-201, 2013. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/552/235>. Acesso em 15/05/2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução n.358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Conselho Federal de Enfermagem. Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

Brasília- DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 15/05/2017.

CORONA, A.R.P.D; PENICHE, A.C.G. A cultura de segurança do paciente a adesão ao protocolo da cirurgia segura. Revista SOBECC, São Paulo, v.20, n.3, p.179-185, julho/set 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em 15/05/2017.

CORREGIO, T.C.D, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. Revista SOBECC, São Paulo, v.19, n.2, p.67-73, abr/junho 2014.

Disponível em:

http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf. Acesso em 15/05/2017.

DIRETORIA COLEGIADA DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em 15/05/2017.

DUARTE, S.C.M, et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.68, n.1, p.144-154, jan/fev 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144. Acesso em 15/05/2017.

GUIDO, L.A, et al. Competências do Enfermeiro em Centro Cirúrgico: Reflexões sobre ensino/assistência. Revista SOBECC, São Paulo, v.13, n.1, p.16-23, jan/mar 2008. Disponível em: http://novo.sobecc.org.br/artigo/artigo_131.pdf. Acesso em 15/05/2017.

ISSA, M.R.N, et al. Avaliação pré-anestésica e redução dos custos no preparo pré-operatório. Revista Brasileira de Anestesiologia, Campinas, v.61, n.1, p.60-71, jan/fev 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000100007. Acesso em 15/05/2017.

MIRANDA, A.B, et al. Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. Revista SOBECC, São Paulo, v.21, n.1, p.52-58, jan/mar 2016. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5578.pdf>. Acesso em 15/05/2017.

MOURA, M.L.O; MENDES.W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira Epidemiologia*. São Paulo, v.15, n.3, p.523-535, setembro 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300007. Acesso em 15/05/2017.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B. S.; CONDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (orgs.) *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: UFMG, p.242-262, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2010.

PANCIERI, A.P, et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.34, n.1, p.71-78, março 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100009. Acesso em 15/05/2017.

SCHWARTZMAN, U.P, et al. A importância da consulta pré-anestésica na prevenção de complicações. *Revista Com. Ciências Saúde*, Brasília, v.22, n.2, p.121-130, dezembro 2011. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3216499/mod_folder/content/0/A%20importancia%20da%20consulta%20preanestesica%20na%20prevencao%20complicacoes_2011.pdf?forcedownload=1. Acesso em 15/05/2017.

SOUZA, L.P, e tal. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em Centro Cirúrgico de um hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.127-133, jan/mar 2011. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>. Acesso em 15/05/2017.