



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ALINE CRISTINA RIBEIRO LIMA**

**PERCEPÇÃO DOS INTEGRANTES DA EQUIPE CIRURGICA QUANTO AO  
CHECKLIST CIRURGIA SEGURA**

**ARIQUEMES - RO  
2020**

**Aline Cristina Ribeiro Lima**

**PERCEPÇÃO DOS INTEGRANTES DA EQUIPE CIRURGICA QUANTO AO  
CHECKLIST CIRURGIA SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso para  
obtenção do Grau em Enfermagem  
apresentado a Faculdade de Educação  
e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientadora: Prof. Esp. Kátia Regina  
Gomes Bruno

**ARIQUEMES - RO**

**2020**

**ALINE CRISTINA RIBEIRO LIMA**  
**PERCEPÇÃO DOS INTEGRANTES DA EQUIPE CIRURGICA QUANTO AO**  
**CHECKLIST CIRURGIA SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do  
Grau em Enfermagem apresentado a Faculdade de  
Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

**Banca Examinadora**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>Esp.Kátia Regina Gomes Bruno  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente– FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>Ms.: Thays Dutra Chiarato Verissimo  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Jessica Sousa Vale  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

**ARIQUEMES – RO**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

L732p

LIMA, Aline Ribeiro.

Percepção dos integrantes da equipe cirúrgica quanto ao checklist cirurgia segura. / por Aline Ribeiro Lima. Ariquemes: FAEMA, 2020.

51 p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Katia Regina Gomes Bruno.

1. Centro cirúrgico. 2. Checklist. 3. Segurança do paciente. 4. Enfermagem. 5. Eventos adversos. I Bruno, Katia Regina Gomes. II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

Dedico esse trabalho a deus por ser essencial em minha vida, por estar ao meu lado em todos os momentos e ser meu guardião fiel, dedico a minha família, namorado e amigos por sempre estar ao meu lado e me apoiar.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus, pois até aqui a Tua mão me guiou e me sustentou.

Aos meus pais por acreditar que eu seria capaz e por nunca me deixarem desistir, através dos incentivos diários e das lutas para propor a melhor e mais completa vivência acadêmica. Essa conquista não é só minha, é nossa.

As minhas irmãs, Jaqueline e Cassiane, obrigada pela companhia e por vibrarem comigo a cada conquista.

À minha coordenadora e professora de curso Thays Chiarato, obrigada pelo carinho e cuidado de sempre, a sua dedicação e sua disposição para comigo foi notório.

Gratidão especial a minha orientadora e professora Kátia Regina Bruno, suas palavras foram combustível para que eu continuasse a trilhar, sua paciência foi ponto chave nessa trajetória e sua dedicação foi sem igual. Obrigada por tanto.

Aos meus professores, ainda que minhas caras não representassem (nada em particular, era só minha carinha mesmo), obrigada pela oportunidade de aprender com vocês. Guardarei cada ensinamento com carinho e gratidão.

Quero agradecer também aos meus amigos, Lohayne, Gleicielli, Vinícius e Shellei, por trilharem esse caminho longo e árduo comigo. Obrigada por sempre estarem disponíveis e não medirem esforços para que NÓS déssemos certo.

PS: Lohayne e Gleicielli, obrigada pelas caronas da vida fazendo com que eu pudesse estar presente em todos os compromissos, vocês são "jóia".

E por fim, porém não menos importante, um obrigada com ternura ao meu companheiro Anderson. Você somou em minha vida e foi um grande parceiro nessa minha caminhada acadêmica, jamais vou esquecer o quanto fez por mim nesses 5 anos. Gratidão pela paciência e por acreditar e me incentivar diariamente. Amo você.

*“Não tenha medo, pois estou com você; não desanime, pois sou teu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; com minha vitoriosa mão direita o sustentarei”*

**Isaías 41:10**

## RESUMO

Devido ao alto índice de eventos adversos nas salas cirúrgicas e para aumentar a segurança do paciente e da equipe a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou protocolos e o checklist cirurgia segura, para serem seguidos pela equipe cirúrgica. O estudo tem como objetivo identificar os motivos que interferem na adesão ao checklist cirurgia segura. Trata-se de uma revisão de literatura sistemática com abordagem quanti-qualitativa e análise, a revisão de literatura foi baseada em artigos científicos publicados nos anos de 2010 a 2020 em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Dentre os principais fatores que influenciam a não adesão ao checklist estão, os tempos cirúrgicos, falta de um profissional encarregado pelo preenchimento do checklist, falta de treinamento para a equipe. Espera-se com este trabalho firmar aos profissionais a importância da adesão ao checklist cirurgia segura, pois a adesão integral deste instrumento de verificação proporciona uma grande diminuição dos eventos adversos, simplifica o trabalho em equipe, diminui gastos hospitalares decorrentes de eventos adversos, e o mais importante assegura a assistência adequada ao paciente no que se refere à cirurgia segura.

**Palavras chaves:** centro cirúrgico; checklist; segurança do paciente;



## ABSTRACT

Due to the high rate of adverse events in the operating rooms and to increase the safety of the patient and the team, the World Health Organization (WHO) created protocols and the safe surgery checklist, to be followed by the surgical team. The study aims to identify the reasons that interfere with adherence to the safe surgery checklist. It is a systematic literature review with a quanti-qualitative approach and analysis, the literature review was based on scientific articles published in the years 2010 to 2020 in databases such as: Virtual Health Library (BVS / BIREME) , Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Among the main factors that influence non-adherence to the checklist are the surgical times, lack of a professional in charge of filling out the checklist, lack of training for the team. This work is expected to confirm to professionals the importance of adhering to the safe surgery checklist, since full adherence to this verification instrument provides a great reduction in adverse events, simplifies teamwork, decreases unnecessary hospital expenses from adverse events, and the Most importantly, it ensures adequate patient care with regard to safe surgery.

**Keywords:** surgery center; check list; patient safety;

## **LISTA DE ILUSTRAÇÃO**

<b>Quadro 1</b> - Classificação e critérios definidores de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em pacientes internados e ambulatoriais (ANVISA, 2017).....	18
<b>Figura 1</b> - Checklist proposto pela OMS (2009).....	26

**LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1 – Metanálise.....34**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA – Agencia nacional de vigilância sanitária

CBC – colégio brasileiro de cirurgiões

CC – centro cirúrgico

EAs – Eventos adversos

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

ISC – infecção de sitio cirúrgico

IS - incisional superficial

IP – incisional profunda

IOM – Institute of medicine

ICPS – classificação internacional de segurança do paciente

IPSG – metas internacionais de segurança do paciente

ISMP – institute for safe medication practices

IRAS – infecções relacionadas à assistência saúde

IACS – infecções associadas aos cuidados a saúde

JCAHO – Joint commssion accreditation of hospitals

JCI - Joint commssion international

MAV – medicamentos de alta vigilância

OMS – Organização Mundial de Saúde

OC – órgãos cavidades

PNSP – programa internacional de segurança do paciente

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	14
1 OBJETIVOS .....	16
1.1 OBJETIVO PRIMARIO .....	16
1.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	16
2 METODOLOGIA.....	17
3 DESENVOLVIMENTO.....	18
4.1 As seis metas globais para segurança do paciente .....	21
4.1.1 Identificação correta do paciente .....	22
4.1.2 Comunicação efetiva .....	23
4.1.3 Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância .....	24
4.1.4 Cirurgia segura.....	25
4.1.5 Redução do risco de infecções associadas aos cuidados à saúde .....	26
4.1.6 Prevenção de danos decorrentes de queda .....	27
4.2 O checklist cirurgia segura como instrumento de segurança .....	28
4.3 Possibilidades de trabalho do enfermeiro na adesão e realização correta do checklist cirurgia segura.....	31
5 METANÁLISE.....	34
6 DISCUSSÕES.....	44
CONCLUSÃO .....	46
REFERÊNCIAS.....	47

## INTRODUÇÃO

No passar dos anos, a raça humana conheceu um imenso progresso de cuidados cada dia mais complexos no âmbito da saúde, no entanto, com demandas crescentes que aumentaram a ocorrência de incidentes, existiam também erros ou falhas humanas. Um clássico exemplo é a cirurgia, que tem uma história com aproximadamente 500 anos e, nos derradeiros 50 anos, esta passando por um progresso em diversos aspectos. A dificuldade em acessar a assistência cirúrgica de elevada qualidade é um problema em varias partes do mundo, independentemente de as cirurgias trazerem lucros aos países, da perspectiva econômica, quando esta relacionada a salvar vidas e a evitar incapacidades produtivas (CORONA, 2015).

Segundo GOMES (2016) para cada 25 pessoas, no mundo, 1 fará cirurgia, o que demonstra a importância de se refletir sobre a segurança na realização de um procedimento, visto que metade das cirurgias realizadas retrata complicações e morte como principais resultados, dos quais 50% poderiam ser prevenidas.

Desde que divulgaram o relatório do Institute of Medicine (IOM) To Err is Human, o assunto segurança do paciente ganhou importância. Este relatório baseou-se em duas pesquisas de análise da existência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, efetuadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nestas pesquisas, o termo evento adverso foi delineado como um mal provocado pelo cuidado à saúde e não pela enfermidade de base, que delongou o tempo de estadia do paciente ou resultou em uma incapacidade existente no instante da alta. O relatório mostrou que aproximadamente 100 mil pessoas falecem nos hospitais por ano vítimas de eventos adversos nos Estados Unidos da América (EUA). Esse alto índice acarretou em uma taxa de mortalidade maior que as remetidas aos enfermos com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com a intenção de tornar mais fácil o desenvolvimento de uma política para elevar a segurança do cliente e a qualidade dos sistemas de saúde nos Estados-membros. As operações são ordenadas por

campanhas de segurança intitulada como desafios globais para a segurança do paciente, mostrando, primeiramente, três desafios: uma assistência limpa é uma assistência mais segura, cirurgias seguras salvam vidas e prevenção da resistência aos antimicrobianos. Em 2008, o setor escolhido foi segurança da assistência cirúrgica, onde foi desenvolvido o Manual “Cirurgia Segura Salva Vidas”, ajustado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e bastante divulgado no Brasil (FREITAS, 2014).

Segundo ELIAS (2015) uma pesquisa realizada em 2010, anunciou que teve diminuição na taxa de mortalidade resultante de erros em cirurgias, e que as complicações tiveram queda de 35,2 para 24,3%, desta forma o *checklist* apresentado pela aliança internacional, além de causar impacto no resultado, aprimorou também à comunicação no meio das equipes cirúrgicas.

Contudo a adesão efetiva do *checklist* cirurgia segura no centro cirúrgico tem tido diversos problemas, pois se acredita que a não adesão pode se dar pelo fato do desconhecimentos dos profissionais da equipe cirúrgica em relação ao *checklist* cirurgia segura, por acharem que o erro nunca acontecera ou ainda pela interpretação de que o *checklist* só deve ser realizado apenas em locais com grandes números de cirurgias.

Portanto essa pesquisa tem como objetivo identificar os motivos que interfere na adesão ao *checklist* cirurgia segura, e também mostrar aos profissionais os benefícios em aderir ao *checklist* cirurgia segura, que são: minimizar os episódios de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, proporcionando a melhoria da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local adequado e no paciente certo.

## 1 OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO PRIMARIO

Identificar os motivos que interfere na adesão ao *checklist* cirurgia segura.

### 1.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Elencar as seis metas globais para segurança do paciente;
- Descrever o *checklist* cirurgia segura como instrumento de segurança;
- Abordar possibilidades de trabalho do enfermeiro na adesão e realização correta do checklist cirurgia segura.



## 2 METODOLOGIA

Para realizar este estudo, elegeu o método revisão de literatura sistemática.

Para a revisão bibliográfica foi realizada buscas eletrônicas nas seguintes bases de dados, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), Literatura latino Americana e do Caribe em ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A pesquisa foi delimitada entre os anos de 2010 a 2020. Usando como busca os seguintes descritores: “centro cirúrgico” “*checklist*” e “segurança do paciente”.

Os critérios de inclusão: foram utilizadas publicações científicas nos idiomas Português, Inglês, publicados entre os anos de 2010 a 2020.

Critérios de exclusão: foram excluídos os trabalhos publicados antes da data citada anteriormente e em outros idiomas, incompletos, que não atendiam a proposta deste trabalho por não abordarem o assunto de forma que contemple a área de saúde, as publicações que não apresentavam a data da publicação ou o autor também foram classificadas como inadequadas e não foram utilizadas.

Foram analisadas 58 obras entre artigos, publicações em revistas eletrônicas, livros e monografias dentre elas foram usadas 40 estudos, sendo 02 em língua inglesa, os demais foram descartados por não atenderem as necessidades desta revisão e não atenderem aos critérios de inclusão. Foram usadas 42 referências no total sendo artigos 23, revistas 11, manuais do ministério da saúde 03, trabalho apresentados em evento 01, monografia 02.

O desenvolvimento desse estudo exerceu as seguintes etapas: formular a questão da revisão; definir os critérios de inclusão e exclusão; estratégias de buscas; seleção dos estudos; avaliação da qualidade dos estudos; extração de dados; análise e apresentação dos resultados; interpretação dos resultados.

### 3 DESENVOLVIMENTO

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) vem sendo classificada como aquela com a maior predominância entre as infecções relacionadas aos cuidados em saúde evitáveis, e é a segunda ou terceira infecção com mais frequência no planeta, no meio dos pacientes que se sujeitam às cirurgias. No Brasil, a ISC toma a terceira posição dentre as infecções mais identificadas nos serviços de saúde e atinge de 14 a 16% das infecções dos pacientes hospitalizados (FUSCO et al. 2016).

**Quadro 1:** Classificação e critérios definidores de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em pacientes internados e ambulatoriais.

<p>ISC INCISIONAL SUPERFICIAL (IS)</p>	<p>Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), envolve apenas pele e tecido subcutâneo e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Drenagem purulenta da incisão superficial;</li> <li>· Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente*1;</li> <li>· A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, EXCETO se a cultura for negativa;</li> <li>· Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou outro médico assistente.</li> </ul> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Incisional superficial primária: identificada na incisão primária em paciente com mais de 1 incisão.</li> <li>· Incisional superficial secundária: identificada na incisão secundária em paciente com mais de 1 incisão.</li> </ul> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· No caso de cirurgia oftalmológica, a conjuntivite será definida como infecção incisional superficial.</li> <li>· Não reportar inflamação mínima e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura.</li> </ul> <p>· Não são definidos com ISC Superficial:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· O diagnóstico ou tratamento de celulite (vermelhidão, calor, inchaço). Uma incisão que é drenada ou com microrganismo identificado em cultura ou por método molecular de diagnóstico microbiológico não é considerada uma celulite;</li> <li>· Abscesso do ponto (inflamação mínima ou drenagem confinada aos pontos de penetração de sutura);</li> <li>· Infecção de episiotomia ou de circuncisão do neonato.</li> </ul>
ISC INCISIONAL PROFUNDA (IP)	<p>Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos moles profundos à incisão (ex.: fáscia e/ou músculos) e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgão/cavidade.</li> <li>· Deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião e cultura positiva ou não realizada, quando o paciente apresentar pelo menos 1 dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>), dor ou tumefação localizada.</li> <li>· Abscesso ou outra evidencia de infecção envolvendo tecidos profundos, detectado durante exame clínico, anatomopatológico ou de imagem.</li> <li>· Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou outro médico assistente.</li> </ul> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Incisional profunda primária: identificada na incisão primária em paciente com mais de 1 incisão.</li> <li>· Incisional profunda secundária: identificada na incisão secundária em paciente com mais de 1 incisão.</li> </ul>
ISC ÓRGÃO/CAVIDADE (OC)	<p>Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtido assepticamente*1;</li> <li>· Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolve os planos profundos da ferida identificada em reoperação, exame clínico, anatomopatológico ou de imagem;</li> <li>· Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente. E</li> </ul>

	<p>atende pelo menos UM dos critérios definidores de infecção em um sítio específico de ISC/OC.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Osteomielites do esterno após cirurgia cardíaca ou endoftalmites são consideradas infecções de órgão/cavidade. · Em pacientes submetidos a cirurgias endoscópicas com penetração de cavidade, serão utilizados os mesmos critérios de ISC do tipo órgão-cavidade.</li> <li>· Toda infecção do trato urinário após cirurgia urológica será considerada ISC-OC.</li> <li>· NÃO considerar que a eliminação de secreção purulenta através de drenos seja necessariamente sinal de ISC-OC. Sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento de PCR quantitativa ou VHS) são inespecíficos, mas indicam infecção.</li> </ul>
<p>*1 não serão considerados os resultados de culturas positivas quando coletadas através de swabs (hastes com ponta de algodão).</p>	

Fonte: ANVISA (2017)

O episódio de ISC necessita das condições relacionadas ao paciente, à equipe, mas principalmente, da eventualidade de uma contaminação da ferida cirúrgica no decorrer do procedimento, tornando-se nestes casos confirmado que, no transoperatório, quanto mais cedo ocorrer à contaminação microbiana, mais chance o paciente tem de desenvolver uma ISC relacionada à inserção de microrganismos na cavidade aberta e manipulada. Desta maneira, diversos fatores de risco podem favorecer para o desenvolvimento da ISC, levando em consideração o patógeno, o paciente e o procedimento cirúrgico (OLIVEIRA e GAMA, 2015).

Existem fatores de risco específicos para infecção em pacientes cirúrgicos que estão expostos: duração e extensão da cirurgia e anestesia, estresse, trauma anestésico-cirúrgico, período de hospitalização, paramentação cirúrgica, antissepsia, procedimentos técnicos empregados; as condições individuais do paciente (condições clínicas, patológicas, idade, terapêutica imunossupressora, estado nutricional, os materiais hospitalares (grande potencial de risco de transmissão de infecção, dependendo do material utilizado, limpeza, preparo, acondicionamento e esterilização dos materiais hospitalares) e ao ambiente (limpeza das salas de operações) (ROCHA e LAGES, 2016 p. 122).

As infecções referentes à assistência a saúde (IRAS) segundo a Lei nº 9.431 de 1997, é qualquer infecção contraída depois da internação de um paciente em hospital e que se desenvolva ao longo do período de internação ou mesmo após a alta, quando associada à hospitalização.

Dentre as IRAS, a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) aparece como uma das mais importantes. Está diretamente relacionada aos cuidados cirúrgicos e representa um problema de saúde pública mundial devido aos altos índices de morbimortalidade, além do impacto no tempo de internação e aumento dos custos hospitalares em decorrência do seu tratamento (ANDERSON et al., 2014; CDC, 2017; NHSN, 2018 apud ARAÚJO, 2019 p. 20).

Neste sentido, tendo em vista melhorar o cuidado ao paciente cirúrgico, precaver as ISC e garantir uma assistência operatória mais segura, a OMS apresentou, em 2008, o Desafio Global Cirurgias Seguras Salvam Vidas, que instituem diretrizes e medidas de prevenção de ISC, com base na recomendação do uso de um checklist estruturado com o intuito de minimizar eventos adversos, assistindo todo o período perioperatório. E um dos principais pontos desse desafio da OMS é diminuir as taxas de ISC em 25% até o ano de 2020 (ARAÚJO, 2019).

#### **4.1 As seis metas globais para segurança do paciente**

A atenção com a qualidade nos cuidados oferecidos aos pacientes e sua junção com os métodos de trabalho em saúde são históricas. Desdobra-se por a enfermeira Florence Nightingale em 1885, por a Associação Médica Americana em 1910, pelo Colégio Americano de Cirurgiões em 1917, por a Comissão de Acreditação dos Hospitais (Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAHO) em 1952, entre outras. Vale enfatizar que a mobilidade por a qualidade na Atenção e a Segurança do Paciente vem tornando-se pauta, assim como, na agenda dos governos brasileiros, contribuindo com a introdução das ações da Aliança Mundial em prol da Segurança do Paciente. (LUEDY, 2013).

A ocorrência de incidentes é tida como um sério problema relacionado à segurança do paciente e à qualidade do cuidado dispensado em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde calcula que cerca de 10% dos pacientes padecem com falhas relacionadas ao cuidado hospitalar em países ocidentais (SIMAN, 2016).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), interpreta como segurança do paciente a diminuição de riscos de danos ou lesões, relacionadas aos cuidados em saúde, entre uma aceitação mínima; risco com a probabilidade de que um incidente ocorra;

o erro como a falha, a ação que acontece fora do planejado ou aplicação errada do plano, e ainda, os eventos adversos, como qualquer dano ou lesão provocado ao paciente pela interferência da equipe de saúde (SIMAN, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) formou um grupo de trabalho para dissipar a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde em 2004, nomeada como Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. No Brasil, em 2013, a Portaria Ministerial 529/2013 implementou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que colabora para a qualidade do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (AGUIAR, 2017).

Neste sentido, a Joint Commission International recomenda as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) e desde 2011 sua efetivação é um requisito para quaisquer instituições acreditadas pela JCI, no contexto dos padrões internacionais para hospitais e instituições que se encontra em andamento.

As seis metas internacionais de segurança do paciente (IPSG) são: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas. São importantes no processo de acreditação hospitalar pela JCI por representarem áreas importantes e essenciais na assistência hospitalar (LUEDY, 2013 p. 3).

#### 4.1.1 Identificação correta do paciente

A identificação do paciente possui duas finalidades: primeiro, decidir com segurança o indivíduo de modo que este seja o autêntico receptor do recurso terapêutico; segundo, certificar que a intervenção a ser efetuada é de fato a que o paciente precisa (NEVES; MELGAÇO, 2011 apud CBA/JCI, 2007).

A não uniformidade na identificação do paciente está tornando-se um motivo preocupante na assistência à saúde, comprovando que a identificação errônea leva a uma sequência de eventualidade adversas ou falhas, abrangendo a ministração de medicamentos, a efetuação de procedimentos ou cirurgias, os exames laboratoriais e radiológicos, assim como a entrega de recém-nascidos às famílias erradas na alta hospitalar ou na hora da amamentação. Demais motivos de erros na identificação são alterações de caracteres no dígito dos documentos hospitalares, a utilização de

etiquetas erradas ou com informações erradas, inconclusos, ilegíveis e as pessoas homônimas (TASE et al., 2013).

O relato abaixo retrata bem, o risco assistencial e as falhas decorrentes da ausência de identificação do paciente:

Muitos pacientes, incluindo pacientes extras, estavam programados para cirurgias de catarata. O cirurgião entrou na primeira sala de cirurgia e disse: 'Bom dia, senhor João Silva. Como o senhor está?' O paciente respondeu: 'Bem'; Mas o paciente a qual se referiu não era o Sr. João Silva. Depois de concluída a cirurgia, descobriu-se que o paciente tinha recebido a lente errada. O cirurgião removeu a lente errada do paciente e instalou a correta naquele mesmo dia. "[...]" (DIAS, 2015 apud MANNOS, 2003 p. 18).

A identificação do paciente é crucial para garantir a segurança do processo assistencial. Esse feito é o começo para a correta efetivação dos vários estágios de segurança para as entidades de saúde. Seja qual for a circunstancia, mesmo aquelas em que o paciente não consegue responder por si próprio, isso assegura o atendimento certo para pessoa certa. O processo de identificação do paciente necessita estar apto a identificar de modo correto o indivíduo como sendo a pessoa para qual o serviço esta destinado (LAURINDO, 2016).

Especialmente a respeito da identificação de pacientes, a OMS preconiza que as instituições de saúde desenvolvam e implementem ações e protocolos com destaque na incumbência das equipes de saúde para a identificação certa do paciente, estandardizar a utilização de pulseiras de identificação e que essas tenham pelo menos dois rudimentos qualificadores, não indicados os números de quarto ou leito. Estimula, também, a introdução de educação continua dos profissionais de saúde no processo de identificação dos pacientes e a cooperação ativa dos usuários e familiares no processo (TASE et al., 2013).

#### 4.1.2 Comunicação efetiva

A comunicação efetiva é uma tática de segurança do paciente estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de prevenir que aconteçam eventualidades no período de internação hospitalar (RÉGIS, 2016)

O reconhecimento dos incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde movimentou a Organização Mundial da Saúde a elaborar estratégias que consigam servir de recurso para a prevenção desses acontecimentos. No ano de 2004, ocorreu a fundação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o intuito de simplificar a expansão de práticas e políticas de segurança aos pacientes em diversos países. Com a finalidade de promover melhoras específicas em setores que

são problemáticas na assistência, desenvolveram algumas metas internacionais, entre as quais se destaca a meta que se reporta à comunicação efetiva. Essa tem o objetivo de melhorar a eficácia da comunicação entre os profissionais que prestam o cuidado, assegurando que as informações verbais e registradas sejam nítidas e completas (OLINO, 2019).

O diálogo entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança do fornecimento de cuidados aos pacientes. Falhas na comunicação esta sendo uma das grandes causas que favorecem para casos de eventos adversos e, de modo consequente, para a diminuição da qualidade dos cuidados (SECRETÁRIA DO ESTADO E DA SAÚDE, 2018).

A comunicação eficaz se dá entre os profissionais da saúde e/ou áreas apropriadas quando esses transmitem ou recebem uma informação de maneira completa e certa, anotando e relendo para o seu transmissor e este precisa confirmar a exatidão dos dados. A comunicação eficaz ocorre na entidade em casos de transferências de pacientes entre setores, de transmitir informações por telefonemas e descrições verbais diretamente entre profissionais, de formulários e notas de transporte de pacientes, de orientações verbais em ocorrências de emergências ou urgências e de informação de dados alarmantes laboratoriais por meio telefônico ao enfermeiro responsável e/ou à equipe médica assistente (OLINO, 2019).

#### 4.1.3 Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância

Considerando a prevenção de erros, deve destacar os medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (high-alert medications), que dispõem de grande potencial de ocasionar danos no paciente quando ocorre erro na sua administração. Erros contendo esses medicamentos têm maior graveza, sendo essencial a utilização de protocolos próprios para prevenção (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014).

Os EA referentes à ministração de medicamentos são os mais corriqueiros sendo suas complicações preveníveis ou evitáveis. Desse modo, com o intuito de precaver os erros o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices - ISMP) recomenda a implantação de medidas de segurança no que se refere à manipulação dos medicamentos de alta vigilância (MAV), os quais são definidos como aqueles que apresentam alto risco de



causar danos significativos, permanentes ou óbito aos pacientes em decorrência de erros no processo de utilização (ARDUINI, 2018).

A ministração de medicamentos é uma atribuição da equipe de enfermagem e, para efetuar essa função, utiliza-se o método da conferência aos Certos como uma maneira de prevenir os erros de medicação. Iniciado na década de 1960, com o passar dos anos foram acrescentados mais alguns “certos”. Portanto, esses certos integram uma valorosa ferramenta para nortear a sistematização da assistência de enfermagem com a finalidade de prevenir erros e complicações provenientes dessa terapêutica (FERREIRA, 2014).

Os cinco certos precisam ser seguidos para assegurar a segurança na administração de medicamentos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, via de administração certa e horário certo. O modelo atualizado incluiu mais alguns certos na tentativa de reduzir as eventualidades e erros de medicação, tendo um total de nove certos: além dos cinco certos já existentes, a anotação, a ação, apresentação e resposta correta foram acrescentadas (FERREIRA, 2014 p. 66).

A dupla checagem consiste na verificação de um procedimento duas vezes, pelo mesmo profissional em momentos diferentes ou por dois profissionais. Diante das repercussões ocasionadas pelos erros no preparo e ministração dos MAV, faz-se necessário instigar a sua implementação nas entidades hospitalares no Brasil (ARDUINI, 2018).

#### 4.1.4 Cirurgia segura

A qualidade na assistência à saúde em procedimentos de grande dificuldade como cirurgias e utilização de anestésicos cirúrgicos, tem sido uma preocupação mundial freqüente, devido aos altos índices de eventos adversos e erros humanos relativos a esses procedimentos (ELIAS, 2015).

Independentemente das inúmeras maneiras para precaver as Infecções Relacionadas à Assistência de Saúde (IRAS), no presente momento ainda há uma vasta ocorrência dessas infecções no âmbito hospitalar. A alta ocorrência das topografias infecciosas consiste em um significativo indicador negativo de qualidade assistencial, fato que implica diretamente no comprometimento da segurança do paciente (PEIXOTO, 2016).

Segundo o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), as cirurgias com local de intervenção, procedimento ou paciente errados são extremamente comuns, essas falhas se devem, entre outros fatores, a diálogo ineficaz entre os membros da equipe cirúrgica. Deste modo, a meta cirurgia segura, tem em foco, visar criar processos, por responsabilidade da instituição, para garantir a realização de

cirurgias com local de intervenção certa, procedimento certo e paciente certo (MANSUR, 2019).

**Figura 1:** Checklist proposto pela OMS (2009)

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
<b>IDENTIFICAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU + IDENTIDADE + SÍTIO CIRÚRGICO + PROCEDIMENTO + CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEL RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	<b>CONFIRMAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: + IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE + SÍTIO CIRÚRGICO + PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<b>REGISTRO</b> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX. DOR) _____ Assinatura

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Tradução Nilo MS, Duran IA. Rio de Janeiro: Organização Panamericana da Saúde (OPAS); 2009.

#### 4.1.5 Redução do risco de infecções associadas aos cuidados à saúde

As infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) vêm obtendo destaque e atenção como um crítico problema de saúde pública há séculos, sendo um dos principais eventos adversos que afetam os pacientes no cuidado assistencial (OLIVEIRA, 2012).

Define-se infecção relacionada aos cuidados de saúde (IACS) como uma infecção localizada ou sistêmica que é resultado de uma reação adversa à existência de um agente infeccioso ou da sua toxina que pode ser identificado no decorrer do internamento quando excluídas as infecções existentes ou em tempo de incubação à data do internamento, ou após liberação hospitalar quando o tempo de incubação indicar um contágio durante o internamento (GOULÃO, 2014).

Não são vistas como IACS quando se percebe uma infecção relacionada a complicações ou extensão de uma infecção já existente no ato da admissão hospitalar, a menos que ocorra mudança no agente patogênico ou se os sintomas

aparecerem devido à aquisição de uma nova infecção; quando as infecções nos recém-nascidos são contraídas através da placenta e se tornam visíveis até às 48 horas após o parto e quando uma infecção latente é reativada. Por último, também, não é considerada IACS quando se tem uma resposta inflamatória ocasionada por agentes químicos ou físicos e quando se tem colonização da pele, mucosas ou feridas sem produzir sinais ou sintomas (GOULÃO, 2014).

A incansável busca por causa do cuidado de qualidade e segurança do paciente está tratando a história de forma difícil, seguindo denominações distintas até os dias atuais. Entretanto, com base nos resultados de pesquisas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou que a qualidade do cuidado e a segurança do paciente consistem em uma única vertente. Isto é, esses eventos são conhecidos como um erro na segurança do paciente, ocorrendo entre 5% a 17%, entre os quais 60% conseguem ser prevenidos. Dessa forma, a segurança do paciente precisa ser vista como um agrupamento de estratégias/intervenções capacitadas a prevenir/reduzir o risco de falhas ao paciente resultante do cuidado de saúde (OLIVEIRA, 2012).

Desta forma, para que consigam prevenir riscos, é preciso identificar e analisar o início do evento para que condutas preventivas possam ser sistematizadas de maneira pró-ativa e não somente quando acontecem. Designar um sistema de administração de riscos na instituição pode ser um caminho para buscar uma melhor monitorização dos processos (HINRICHSEN, 2011).

Deste modo, a OMS começou a tentar-se a esses casos e lançaram as campanhas, propostas e sugestões aos países membros, de modo a coletivizar o problema, a fim de encontrar soluções e compartilhar objetivos em comum, tendo em vista a segurança do paciente. O assunto passou a ser tratado com alta prioridade na agenda política dos países membros (OLIVEIRA, 2012).

#### 4.1.6 Prevenção de danos decorrentes de queda

De acordo com o Protocolo Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde, “Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano” (SURIANI, 2017).

O Protocolo de Prevenção de Quedas tem como propósito de diminuir os casos de queda dos pacientes nos locais de assistência e os danos resultantes, através da implantação/implementação de métodos que abrangem a avaliação de

risco do paciente, asseguram o cuidado multiprofissional em um local seguro, e proporcionem a educação do paciente, familiares e profissionais. Essas recomendações aplicam-se aos protocolos de hospitais e inclui todos os pacientes que recebem cuidado nesta instituição, incluindo o tempo total de estadia do paciente (SILVA, Tatielle, 2018 apud ANVISA, 2013).

A fim de serem aplicadas medidas preventivas e a identificação dos fatores envolvidos é fundamental evidenciar a descrição quanto ao tipo de queda, local de ocorrência, turno e presença de acompanhante (PAIVA, 2010).

De maneira geral, a hospitalização amplia o risco de queda, uma vez que os pacientes se deparam em locais que não lhes são familiares, inúmeras vezes portam doenças que dispõe à queda (demência e osteoporose) e vários dos procedimentos terapêuticos, como as variadas prescrições de medicamentos, aumentam esse risco (SILVA, Tatielle, 2018 apud ANVISA, 2013).

As quedas e os ferimentos são sérios problemas de saúde pública que em maior parte vezes demandam de atenção médica. As quedas arcam por 20% a 30% das lesões leves, e é o motivo de 10% a 15% das consultas aos serviços de emergência. Mais de 50% das hospitalizações referente a ferimentos ocorridos em meio as pessoas com mais de 65 anos de idade. As mais frequentes causas são de admissões hospitalares referente a quedas são: fratura do quadril, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores (SURIANI, 2017).

Avaliação do risco de queda; identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados utilizados pelos pacientes são medidas de intervenção que contribuem efetivamente na prevenção de quedas (SILVA, Tatielle, 2018 apud ANVISA, 2013).

## **4.2 O checklist cirurgia segura como instrumento de segurança**

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente iniciou-se em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo o Programa Cirurgias Segura Salvam Vidas que teve como objetivo elevar a qualidade dos serviços de assistência à saúde instituindo condutas para uma cirurgia segura. O Programa passou uma lista de averiguação, ou checklist, do qual o objetivo é assistir na confirmação de elementos fundamentais relacionais à segurança do paciente (MAZIERO, 2015).

Devido a algumas características, as salas de cirurgia são consideradas ambientes de alto risco, grandemente sujeito a erros. As complicações cirúrgicas constituem na maior parte dos óbitos e danos (temporários ou permanentes) causados pelo processo assistencial, considerados evitados. Por este razão, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou uma campanha nomeada "Cirurgias seguras salvam vidas" como parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o propósito de estimular a conscientização profissional e o compromisso político para melhorar os cuidados de saúde, apoiar o desenvolvimento políticas públicas e indução de boas práticas de cuidado (GUTIERRES, 2018).

Os componentes do instrumento mencionado foram analisados, e os resultados mostraram que reduziu a ocorrência de grandes complicações e de mortes, de 11 para 7% e de 1,5 para 0,8%, na devida ordem. Para tornar mais fácil a implantação e a utilização do checklist a OMS lançou, em 2009, um guia com orientações essenciais para o uso do instrumento. Este instrumento é primordial para trabalhos de complexidade e repetição certificada, como exemplo as realizadas no centro cirúrgico, como a verificação de equipamentos e fármacos anestésicos, reserva de sangue, identificação do paciente, afirmação pela equipe e pelo paciente do jeito e lugar da cirurgia, além do feedback ao termino do procedimento para averiguação de possíveis falhas (MAZIERO, 2015).

O checklist foi elaborado através de revisões de práticas embasadas em evidências que distinguiram os motivos mais comuns de erros causadas ao paciente no período perioperatório e pode ser utilizado em qualquer estabelecimento de assistência à saúde. Tem o objetivo diminuir a ocorrência de falhas causadas paciente, ajudando as equipes cirúrgicas a seguirem de maneira sistemática os passos de segurança, configurando como uma barreira para evitar eventos adversos, buscando a padronização das atividades que precisaram ser realizadas (FERREIRA, 2019).

A OMS desenvolveu o checklist cirurgia segura com a colaboração de vários países, guiados por três princípios, são eles: facilidade, ampla aplicação e chances de mensurar os impactos, possibilitando que equipes sigam de maneira correta as etapas de segurança e, deste modo, diminuam os riscos mais comuns que podem

ser evitados, a qual põe a vida e o bem-estar dos pacientes em riscos cirúrgicos (ELIAS, 2015).

A fim de que o checklist seja corretamente aplicado, é essencial que a equipe que atua no centro cirúrgico (CC) perceba como esse instrumento é importante, e tenha conhecimento mediante a cada fase e esteja comprometida com sua implantação. Aconselha-se que um e qualquer membro da equipe que esteja contribuindo do procedimento cirúrgico seja o incumbido pela sua aplicação. (FERREIRA, 2019).

Cuidados básicos como a verificação das informações do paciente, dados clínicos da pessoa e do órgão, disponibilidade e perfeito funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer grande diferença entre sucesso e o fracasso de um procedimento. Essas simples verificações podem impedir o começo de uma série de eventualidades para o paciente (PANCIERE, 2013).

O *checklist* é uma ferramenta indicada por instituições e estudiosos do meio. Estudos comprovam sua eficiência como na pesquisa feita em oito hospitais de vários países, regiões e estruturas socioeconômicas Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Jordânia, Tanzânia, Índia, Filipinas e Nova Zelândia, no qual as taxas de situações adversas caíram de 11% para 7% e a letalidade perioperatória em cirurgia de grande porte de 1,5% a 0,8%. Nas cirurgias de urgência não cardiológicas, outro estudo mostrou a diminuição nas taxas de situações adversas de 18,4% para 11,7% e nas taxas de letalidade de 3,7% para 1,4% com a utilização do *checklist*. Na Colômbia, estudo feito em um hospital geral retratou diminuição de eventos adversos de 7,26% para 3,29% depois de a implementação do *checklist* (RIBEIRO, 2017).

A efetivação do *checklist* é de moderado custo, se resume em reproduzir e distribuir o instrumento, já que a dificuldade na aplicação está relacionada à equipe cirúrgica. Calcula que é necessário um total de três minutos para a execução das três etapas do processo de conferência e aconselha que uma pessoa seja incumbida por essa aplicação, sendo que o enfermeiro é o profissional designado para instruir a checagem, mas qualquer profissional que esteja participando do procedimento cirúrgico pode coordenar a conferência. Este profissional deve ter total domínio sobre o processo cirúrgico, sendo capaz de paralisar o procedimento ou proibir o avanço, se considerar inábil algum dos itens, mesmos que considere

que esta interrupção pode implicar-se em desgaste da equipe dependendo da maturidade da mesma. Ao haver violações na verificação, todo o processo terá acontecido em vão, uma vez que são os mínimos detalhes que passam despercebidos e são os causadores dos riscos (PANCIERE, 2013).

Como tática para atingir os objetivos apresentados, a OMS sugere, que às instituições de saúde, faça o uso de *checklist* preenchendo-o em três fases ou tempos: antes da indução anestésica, antes do início da cirurgia e antes que o paciente deixe a sala operatória (AMAYA, 2015).

O checklist de cirurgia segura é um item relevante para a redução dos eventos adversos e tende garantir que as equipes cirúrgicas trilhem de maneira segura algumas medidas de segurança críticas de uma maneira que aumente a segurança dos procedimentos cirúrgicos, reforçarem as práticas de segurança aceitas e proporcionar melhor comunicação na equipe cirúrgica (ROSCANI, 2015).

#### **4.3 Possibilidades de trabalho do enfermeiro na adesão e realização correta do checklist cirurgia segura**

A amplitude do protocolo de cirurgia segura deve abranger qualquer hospital, apesar do grau de complexidade que comporta e tem como objetivo estimular as equipes cirúrgicas a adotar às estratégias recomendadas. Pesquisas demonstram que a utilização e a eficácia dos protocolos de segurança do paciente referentes à Cirurgia Segura se tornam fundamental para proporcionar uma assistência com mais qualidade (SILVA, 2017).

No Brasil, o governo movimentou-se, em 2013, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelecendo o Protocolo para Cirurgia Segura, em anexo à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013. Este protocolo explica, estimula e torna oficial o uso do checklist como estratégia para diminuir o risco de incidentes cirúrgicos (MARQUIONI, 2019)

Entender o método de implantação e adesão ao checklist, assim como os itens não realizados pelas equipes cirúrgicas, pode indicar barreiras para sua aplicação efetiva e trazer informações para os ajustes necessários com o intuito de adequar sua utilização e assegurar a segurança para o paciente (SILVA, 2017).

Para a OMS, as organizações de saúde necessitam consolidar uma mudança de paradigma da cultura de segurança do paciente constituída

pelos seguintes pressupostos: criar uma cultura justa, saindo da cultura da culpa, em que exista um equilíbrio entre culpabilização e responsabilização e seja privilegiado o “pensamento sistêmico” de James Reason nas análises de erros humanos; criar uma cultura de notificação de incidentes e erros, para que as pessoas relatem e notifiquem os incidentes e que exista retorno aos profissionais sobre o resultado; criar uma cultura de aprendizagem, na qual os profissionais possam aprender com as falhas anteriores, as quais estão sempre na memória da organização (CORONA, 2015 p. 184).

Um novo instrumento, como o *checklist*, precisa-se de capacitação para toda a equipe no instante da implantação e, também, deve incentivar percepções individuais entre os integrantes da equipe cirúrgica a cerca da relevância de cada parte do *checklist*, o que influencia de maneira direta na efetivação. O *checklist* tem uma fácil aplicação e apresenta diversos resultados positivos, os profissionais apresentam facilidade em aceitar sua implementação, contudo sua aplicação certa na prática tem sido difícil a ser conquistada, pois os profissionais a consideram muito óbvia. O *checklist* possibilita mais segurança para a equipe que se vê em um cenário de padronização dos serviços e rotina, pois a maneira de evitar eventualidades é padronizando o ato cirúrgico, visto que, ao mesmo tempo, faz com que a equipe aumente a atenção e segurança com o paciente, visando diminuir os erros causados por situações inesperadas (SILVA, 2017).

O maior responsável pela aplicação do *checklist* e do protocolo, é a equipe de Enfermagem que tem assumido esse papel nas salas de cirurgia, ao fazer jus as determinações a favor da segurança do paciente, além disso, varias ações propostas pela Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Os profissionais de enfermagem exercem um importante papel na fase pré, trans e pós-operatória, sendo essencial em transmitir confiança e segurança ao paciente. Neste ponto de vista, a prática de enfermagem necessita que os profissionais estejam aptos quanto: ao conhecimento técnico e teórico, interação de todas as partes do processo cirúrgico que implicam na segurança do paciente, assim como realizar um cuidado humanizado (SILVA, 2017).

Frente ao exposto, é imprescindível a educação permanente na enfermagem, uma vez que estabelece cultura institucional de segurança com mudanças de hábitos e atitudes, ou seja, aprendendo e ressignificando práticas profissionais. Ademais, o enfermeiro, como gestor ou gerente, tem, entre diversas atribuições, a missão de administrar as equipes e os processos de trabalho, sejam no âmbito hospitalar ou na atenção básica. Para isso, o enfermeiro deve treinar capacitar e



conscientizar sua equipe para prestar assistência qualificada, segura e centrada no paciente (OLIVEIRA, et al. 2018).

Em um estudo multicêntrico feito com oito instituições, em que o checklist cirúrgico foi utilizado em caráter experimental, foi mostrado que a utilização deste instrumento praticamente dobrou as chances de os pacientes receberem o tratamento correto, livre de danos. Além do mais, a utilização do checklist diminuiu em 47% a letalidade no pós-operatório e em 11% as complicações cirúrgicas (GOMES, et al. 2016).

## 5 METANÁLISE

Autor:	Ribeiro; et al 2017 CAD. SAUDE PUB. SCIELO
Título:	Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica
Objetivo:	Este estudo tem como objetivo descrever a adesão ao preenchimento do <i>checklist</i> de cirurgia segura e seus respectivos itens em um hospital público.
Método:	Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo, documental e retrospectivo.
População:	Cirurgiões referentes às seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurocirurgia e ortopedia. Incluindo cirurgias eletivas e de urgência, técnicos de enfermagem e enfermeira
Nº de amostras:	Nos cinco anos investigados, foram realizadas 24.421 cirurgias e preenchidos 14.288 (58,5%) checklist de cirurgia segura.
Resultados:	No 1º ano, o percentual foi 10% mais efetivo no horário em que havia o profissional enfermeiro encarregado do preenchimento. A maioria (56,4%) das falhas no preenchimento do <i>checklist</i> concentrava-se em apenas seis dos 19 itens: “sítio cirúrgico demarcado” (item 2); “verificação de segurança anestésica” (item 3);

“eventos críticos do anestesista” (item 11); “problemas com equipamentos” (item 18); “exames de imagem” (item 14); “eventos críticos do cirurgião” (item 10).

manhã cujas cirurgias tiveram uma duração entre 30 e 120 minutos (79,5%).

Entretanto, nos 2º, 3º e 4º anos, o percentual de preenchimento foi menor no horário entre 7 e 16 horas em dias úteis, mesmo concentrando o maior número de cirurgias e havendo um profissional para o preenchimento

Identificou-se que dos itens padronizados pela OMS, descrito por números, o preenchimento foi demasiadamente incompleto nos 1º e 2º momentos cirúrgicos, diferentemente do 3º momento que atingiu 95,5% de preenchimento aos seus itens.

Quando se compara o número de *checklists* realizados ao longo dos anos e os realizados no horário com o profissional específico, percebe-se que a diferença diminui apenas no início e no final dos anos de estudo. O preenchimento do instrumento foi completo em nenhuma das situações, ou seja, sempre havia algum item incompleto ou não preenchido.

Os itens 1 (confirmação sobre o paciente - identificação, local da cirurgia, procedimento a ser realizado, consentimento informado), 8 (apresentação da equipe) e 9 (cirurgião, anestesista e enfermagem confirmam a identificação do paciente, local da cirurgia e procedimento), não foram preenchidos em nenhum dos anos investigados, mesmo sendo parte do instrumento validado pela OMS

Autor:	NETA; et al. 2019; Rev. NURSING
Título:	Segurança do paciente e cirurgia segura: taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital
Objetivo:	Avaliar a taxa de adesão a lista de verificação de cirurgia segura em um hospital escola.
Método:	Pesquisa retrospectiva, descritiva com abordagem quantitativa dos dados.
População:	Cirurgiões referentes às seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurocirurgia e ortopedia. Incluindo cirurgias eletivas e de urgência, técnicos de enfermagem e enfermeira.
Nº de amostras	Foram analisados 540 prontuários que tinham em anexo a lista de verificação de cirurgia segura.
Resultados:	<p>Verificou-se a existência do checklist em 90,72% dos prontuários.</p> <p>Entre as especialidades cirúrgicas encontradas, as mais frequentes foram: cirurgia geral (36,8%), ginecológica (20,9%) e ortopédica (21,2%).</p> <p>Houve predominância de cirurgias eletivas (56,9%), classificadas como limpas, realizadas no turno da manhã, sendo a anestesia regional a mais empregada nos procedimentos analisados.</p> <p>Nenhuma cirurgia apresentou checklist totalmente preenchido. O preenchimento completo de cada</p>

um dos três momentos cirúrgicos também não foi encontrado na amostra de prontuários analisada. Foram encontrados três instrumentos em branco, apenas com os dados de identificação dos pacientes preenchidos.

No primeiro momento cirúrgico, os itens menos preenchidos foram: “paciente confirma sítio cirúrgico” (5%), “via aérea difícil/risco de aspiração” (24%) e “risco de perda sanguínea” (24%). Em contrapartida, outros itens que também fazem parte da avaliação do anestesiológico foram os mais preenchidos: “equipamento de anestesia checado” (71%) e “oxímetro de pulso no paciente funcionando” (86%).

No segundo momento cirúrgico, onde a maioria dos itens de checagem é confirmada pelo cirurgião, os itens “passos críticos”, “preocupações específicas em relação ao paciente”, “questões relacionadas com equipamentos” e “disponibilidade dos exames de imagem” foram os menos checados (com apenas 22, 23, 26 e 38% de itens preenchidos, respectivamente).

No terceiro momento, os itens “profissional confirma nome do paciente”, “problemas com equipamentos para serem resolvidos” e “preocupações essenciais para recuperação do paciente” não foram avaliados por não estarem presentes no instrumento adaptado e utilizado pela instituição. Entre os itens avaliados, a “contagem de instrumentais, compressas, gazes e agulhas” foi checada em 55% das cirurgias e a “identificação de material para amostra anatomopatológica” em 80%

Autor:	MARQUIONE; et al. 2019; Rev. SOBECC
Título:	Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino.
Objetivo:	Este estudo tem como objetivo descrever a adesão ao preenchimento do <i>checklist</i> de cirurgia segura e seus respectivos itens em um hospital público.
Método:	Estudo transversal realizado em um hospital de ensino, localizado em município do interior de Minas Gerais.
População:	Cirurgiões referentes às seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurocirurgia e ortopedia. Incluindo cirurgias eletivas e de urgência, técnicos de enfermagem e enfermeira.
Nº de amostras:	Amostra estabelecida para este estudo foi de 334 pacientes submetidos à cirurgia no ano de 2015.
Resultados:	<p>Dos 540 instrumentos analisados, 79% estavam preenchidos de maneira incompleta, 15% completos e 6% não foram preenchidos.</p> <p>No que diz respeito à adesão ao checklist conforme as etapas da cirurgia segura, o período que antecede a indução anestésica (76%) foi o de maior frequência.</p> <p>Antes da incisão cutânea é onde apresenta o maior número de falhas, com adesão de apenas (12%).</p> <p>A revisão da enfermagem foi realizada</p>

integralmente em 55% dos procedimentos. Os itens com maior percentual de preenchimento foram relativos a identificação do paciente, monetarização adequada, verificação anestésica e risco de perda sanguínea que compreende o momento antes da indução anestésica. E a revisão de enfermagem na qual representa itens como a esterilização correta dos materiais, manutenção dos equipamentos, imagens expostas na sala e a administração profilática de antibióticos.

Autor:	RIBEIRO; et al. 2019; REVISTA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. SCIELO
Título:	Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios.
Objetivo:	Identificar a adesão ao <i>checklist</i> 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.
Método:	Trata-se de estudo transversal, documental, retrospectivo de abordagem quantitativa
População:	Cirurgiões referentes às seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurocirurgia e ortopedia. Incluindo cirurgias eletivas e de urgência, técnicos de enfermagem e

enfermeira.

Nº de amostras:

A amostra utilizada foi de 423 prontuários de pacientes cirúrgicos.

Resultados:

Em relação ao tipo de atendimento, verificou-se que a maioria dos pacientes foi atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (56%) em caráter de emergência (56,7%)

A maior parte dos procedimentos cirúrgicos ocorreu no turno da tarde (40,9%) e teve duração de até uma hora (42,3%).

A presença do CL foi verificada em 95% dos prontuários.

No entanto, a existência do instrumento com todos os itens de checagem preenchidos foi encontrada em apenas 67,4% dos prontuários. Apesar disso, mais de 88% dos CL tinham ao menos 15 dos 19 itens checados

Considerando a completude dos momentos que compõem o CL, observou-se pouca diferença entre eles, sendo o terceiro momento (84,9%) ligeiramente mais preenchido do que os demais (ambos 84,2%).

No primeiro momento, o item menos checado foi "risco de sangramento" (87,7%), que faz parte da confirmação realizada junto ao anestesiológico.

No primeiro momento, o item menos checado foi "risco de sangramento" (87,7%), que faz parte da confirmação realizada junto ao anestesiológico.

Já no segundo momento, a confirmação que deve ser realizada por todos os membros da equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiológico e enfermagem) envolvendo a "identificação do paciente, da cirurgia e do sítio cirúrgico", foi o item menos checado (85,8%).

No terceiro momento, o item "peças cirúrgicas



identificadas", que *a priori* é confirmado pela enfermagem, foi o menos checado (84,6%). Quando foi observada a coerência entre os itens checados e o procedimento cirúrgico realizado, verificou-se a presença de inconsistências em 15,4% dos instrumentos analisados. Os achados mais frequentes incluíram incoerências relacionadas à checagem do item lateralidade - cirurgias que implicavam em lateralidade sem indicação do lado correto (5,2%) e cirurgias que não implicavam em lateralidade com o item lado correto checado (4,5%). Além desses, observou-se também alguns casos de pacientes com alergia a medicamento registrada no prontuário, mas que no CL tiveram o item "alergia" checado como "não".

Autor:	FREITAS; et al. 2014; CADERNO SAÚDE PÚBLICA. SCIELO
Título:	Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
Objetivo:	Este estudo objetiva avaliar a adesão ao <i>checklist</i> em cirurgias urológicas e ginecológicas de dois hospitais de ensino em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
Método:	Trata-se de um estudo observacional e transversal.
População:	Cirurgiões referentes às seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurocirurgia e ortopedia. Incluindo cirurgias eletivas e de

urgência, técnicos de enfermagem e enfermeira.

Nº de amostra:

A amostra selecionada englobou todas as cirurgias dessas especialidades realizadas de janeiro a março de 2012 (n = 385), identificadas no sistema de informação de cada hospital. Foram desconsideradas as intervenções cujos prontuários não foram encontrados.

Resultados:

Foram realizadas 385 cirurgias no período, 164 da urologia (hospital geral) e 221 da ginecologia (maternidade).

Foram excluídas nove na maternidade e uma no hospital geral, pois não foram encontrados os prontuários, sendo avaliadas 375 cirurgias: 212 ginecológicas (56,5%) e 163 urológicas (43,5%).

A maior parte das cirurgias ocorreu no turno da manhã, com duração entre 31 e 120 minutos, utilizou anestesia regional e foi realizada por cirurgiões do sexo masculino.

A maior parte das cirurgias ocorreu no turno da manhã, com duração entre 31 e 120 minutos, utilizou anestesia regional e foi realizada por cirurgiões do sexo masculino.

O preenchimento completo de cada momento cirúrgico foi crescente: 3,5% (IC95%: 1,1%-6,0%) no primeiro momento; 13,3% (IC95%: 8,8%-17,7%), no segundo; e 27,9% (IC95%: 22,0%-33,8%), no terceiro

A maioria (56,4%) das falhas no preenchimento do *checklist* concentrava-se em apenas seis dos 19 itens: “sítio cirúrgico demarcado” (item 2); “verificação de segurança anestésica” (item 3); “eventos críticos do anestesista” (item 11); “problemas com equipamentos” (item 18); “exames



de imagem” (item 14); “eventos críticos do cirurgião” (item 10).

## 6 DISCUSSÕES

O intuito da efetivação do *checklist* é precaver a ocorrência de falhas e eventos adversos e, assim, aperfeiçoar a qualidade e segurança da assistência cirúrgica.

A vista. Engloba diversos aspectos a começar do conhecimento do condutor sobre implementação e uso do *checklist* cirurgia segura nas salas operatórias, independentemente de ter baixo custo e obter resultados satisfatórios, não é algo tão simples como parecer à primeira o *checklist* cirurgia segura até sua execução em equipe, além dos aspectos estruturais e organizacionais, sendo, considerada como uma tecnologia de pouca dificuldade de implantação.

Nos trabalhos analisado mostra o interesse dos hospitais em utilizar a lista de verificação, como demonstra os estudos de RIBEIRO (2019), NETA (2019), pois apresentam um alto índice de utilização da ferramenta. Porém a maioria dos instrumentos de verificação cirúrgica estão incompletos ou parcialmente preenchidos, o que corrobora com o estudo de MARQUIONI (2019), que avaliou 334 prontuários e identificou que o *checklist* existia em 90,27% dos prontuários, entretanto nenhum se apresentava completamente preenchido.

No estudo de RIBEIRO (2017), mostra que a maior parte dos *checklist* preenchidos nas cirurgias ocorreu no turno da manhã e tarde com duração de 30 a 120 minutos. A literatura revela uma ligação direta entre tempo maior da cirurgia e preenchimento do *checklist*, tendo em vista que cirurgias mais longas envolvem um número maior de etapas críticas.

Também foi observado na análise dos estudos que quando se tem um profissional responsável pelo *checklist*, tem-se um aumento no número de instrumentos preenchidos. Aconselha que uma única pessoa seja responsável por essa execução. O enfermeiro é o profissional mais eleito para orientar a checagem, no entanto qualquer profissional que faça parte do procedimento cirúrgico pode ser o orientador da verificação (SOUZA, 2016).

Em relação à porcentagem de preenchimento ligada aos tempos cirúrgicos o autor RIBEIRO (2017), MARQUIONI (2019), NETA (2019) apresentaram maior

índice de falha no segundo momento cirúrgico, já os autores RIBEIRO (2019) e FREITAS (2014) afirma que encontraram pouca diferença de preenchimento entre os tempos cirúrgicos.

## CONCLUSÃO

Podemos observar com esse estudo que se faz necessário uma modificação na cultura organizacional dos administradores e da equipe comprometida com a assistência cirúrgica para reconhecer o *checklist* como instrumento apto a contribuir a fim de que os elementos de segurança sejam inclusos nas práticas diárias, o que traz repercussões positivas não só para o paciente, mas também para o trabalho em equipe.

Dessa maneira é necessário realizar treinamentos com todos os profissionais que atuarão na sala operatória com o intuito de sensibilizá-los sobre a importância e o uso correto desse instrumento.

Portanto o enfermeiro tem um importante papel nos resultados apresentados pelo *checklist*, pois na maioria das vezes o manejo do *checklist* é de sua responsabilidade. Com a utilização desse instrumento de verificação o enfermeiro tem a chance de reduzir o índice de eventos adversos, facilitando o seu trabalho e reduzindo os custos hospitalares.

Deste modo, é imprescindível a aprimoração do trabalho em equipe, visto que a aplicação do *checklist* de cirurgia segura tem o objetivo de proporcionar a segurança do paciente cirúrgico, promovendo um ambiente seguro e comunicação interpessoal eficaz entre os membros da equipe cirúrgica

Também se faz indispensável para que se tenha uma melhor adesão ao *checklist* cirurgia segura à realização de auditorias frequentes do preenchimento do instrumento, isto se faz necessário para ofertar mais informações referentes aos impactos positivos na assistência, garantindo que essa poderosa ferramenta seja utilizada de forma efetiva.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. Letícia; et al. **Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise**. 2017; disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875388/45609-212390-1-pb.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.
- AMAYA, Marly; et al. **Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura**. 2015; disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200246&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200246&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 13 out. 2019.
- ARDUINI, Glendha et al; **Medicamentos de alta vigilância: frequência e dupla checagem em um hospital de ensino**. Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde 2018; disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3111/pdf> Acesso em: 02 Out. 2019.
- CORONA, Arminda; PENICHE, Aparecida; **A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura**. 2015; disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.
- DIAS, D. E. Danyel; **Padrão de segurança assistencial: implantação da identificação de pacientes em um hospital**. 2015; disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AEQMN8/1/danyel\\_erich\\_duarte\\_dias.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AEQMN8/1/danyel_erich_duarte_dias.pdf). acesso em: 14 maio 2020.
- ELIAS, Adriana et al; **Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público**. 2015; disponível em: <http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/128-133.pdf>. Acesso em: 04 Out. 2019.
- ARAÚJO, S. Breno; **Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas como Desafio Global da Organização Mundial de Saúde: panorama das medidas de prevenção de infecção do sítio cirúrgico adotadas em hospitais de grande porte de Minas Gerais**. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/31465/1/VERS%C3%83O%20FINAL%20DISSERTA%C3%87%C3%83O-BRENO-SANTOS-DE-ARA%C3%9AJO.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.
- FERREIRA, Marilaine; ALVES, Fernanda; JACOBINA, Fernanda; **O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos**. Revista Enfermagem Contemporânea 2014; disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/208/300>. acesso em: 03 Out. 2019.
- FERREIRA, Núbia; et al. **checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem**. 2019; disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2608/2064>. Acesso em: 12 out. 2019.
- FREITAS, Marise; et al. **Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil**. 2014; disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000100137&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100137&lang=pt). Acesso em: 24 out. 2019.
- FUSCO, B. F. Suzimar; et al. **Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon**. 2016; Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0080-62342016000100043](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0080-62342016000100043). Acesso em: 14 maio 2020.

GUTIERRES, Larissa; et al. **Boas práticas de segurança do paciente na sala de cirurgia: recomendações dos enfermeiros**. 2018; disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001202775](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202775). Acesso em: 22 out. 2019.

GOULÃO, S. C. Inês; **Infecções associadas aos cuidados de saúde**. 2014; disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/4633>. Acesso em: 30 out. 2019.

GOMES, Cátia; et al. **Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico**. Revista Sobec 2016; disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827197/sobecc-v21n3\\_pt\\_140-145.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827197/sobecc-v21n3_pt_140-145.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

LAURINDO C. M. et al; **A implantação do protocolo de identificação segura como ferramenta de segurança do paciente**. Revista Qualidade HC 2016; disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/139/139.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.

LUEDY, Almerinda; DIAS, M. L. A. Maria; RIBEIRO, F. A. Elisa; **Evolução das metas internacionais em um hospital de ensino**. 2013; disponível em: <file:///C:/Users/aline%20cristina/Downloads/DialnetEvolucaoDasMetasInternacionaisEmUmHospitalDeEnsino-5626568.pdf>. acesso em: 30 out. 2019.

MANSUR, Henrique et al. **avaliação da aplicação da meta internacional número 4 de segurança em hospital militar**. Revista Uningá, [S.l.], v. 56, n. 1, p. 184-196, mar. 2019. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2575>>. Acesso em: 05 out. 2019.

MARQUIONE, Francielle; et al. **Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino**. 2019; disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/22/pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.

MAZIERO, Eliane; et al. **Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente**. 2015; disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/xmlui/bitstream/handle/ri/15686/Artigo%20-%20Eliane%20Cristina%20Sanches%20Maziero%20-%202015.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 10 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2014; disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>. acesso em: 16 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014; Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.

NEVES C. A. L.; MELGAÇO T. M. R.; **A identificação do paciente como indicador de qualidade**. [Rio de Janeiro]: Revista Acreditação 2011; disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626527>. Acesso em: 30 set. 2019.

NETA, Akie; **Segurança do paciente e cirurgia segura: taxa de adesão ao checklist cirurgia segura em um hospital escola**. Rev. Nursing 2019; disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/259/pg22.pdf>. acesso em: 19 maio 2020.

OLINO, Luciana et al. **Comunicação eficaz para a segurança do paciente: nota de transferência e pontuação de alerta precoce modificada**. Revista gaúcha [online] 2019; disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200422&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200422&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em: 02 Out. 2019.



- OLIVEIRA, Adriana; PAULA, Adriana; **Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro**. 2012; disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>. Acesso em: 06 out. 2019.
- OLIVEIRA, C. Adriana; GAMA, S. Camila; **Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica**. 2015; Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342015000500767](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342015000500767). Acesso em: 14 maio 2020.
- OLIVEIRA, Maíra; et al. **Adesão do checklist cirúrgico à luz da cultura de segurança do paciente**. Revista Sobec 2018; disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882693/sobecc-v23n1\\_pt\\_36-42.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882693/sobecc-v23n1_pt_36-42.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.
- PAIVA, Marques; et al. **Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos**. 2010; disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033303019.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.
- PANCIERE, Ana Paula; et al. **Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola**. 2013; disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/11982/S1983-14472013000100009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. acesso em: 12 out. 2019.
- PEIXOTO, Samantha; PEREIRA, Bruno; SILVA, Ludimila; **Checklist de cirurgia segura: um caminho à segurança do paciente**. 2016; disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaCS/article/view/203/149>. Acesso em: 04 Out. 2019.
- RÉGIS C. C. et al; **Comunicação efetiva como estratégia para a segurança do paciente**. 36ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre 2016; disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/173193/001058157.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 set. 2019.
- RIBEIRO, Helen; et al. **Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica**. 2017; disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n10/e00046216/pt/>. Acesso em: 13 out. 2019.
- RIBEIRO, Luciane; et al. **Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios**. 2019; disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912019000500157&lang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912019000500157&lang=pt). Acesso em: 03 março 2020.
- ROSCANI, Alessandra; et al. **Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico**. 2015; disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307043975010.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.
- ROCHA, Junia Pisaneschi Jardim; LAGES, Clarice Aparecida Simão. **O Enfermeiro e a prevenção das infecções do sítio cirúrgico**. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 30, p. 117-128, abr. 2016; disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/357>. Acesso em: 20 de maio 2020.
- SECRETÁRIA DO ESTADO E DA SAÚDE; **Segurança do Paciente: comunicação efetiva**. 2018; disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf>. acesso em: 02 Out. 2019.
- SILVA, Francisca; SILVA, Andressa; **Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo**. 2017; disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5844/pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.
- SILVA, Oliveira; et al. **Checklist de cirurgia segura: os desafios da implantação e adesão nas instituições hospitalares brasileiras**. 2017; disponível em:

<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5467>. acesso em: 16 out. 2019.

SILVA, Tatielle; **Protocolos de segurança do paciente: uma análise dos instrumentos na auto avaliação das práticas de segurança**. 2018; disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/988/1/PROTOCOLOS%20DE%20SEGURANCA%20DO%20PACIENTE%20UMA%20AN%20LISE%20DOS%20INSTRUMENTOS%20NA%20AUTOAVALIACAO%20DAS%20PRATICAS%20DE%20SEGURAN%20CA.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

SIMAN, G. Andréia; BRITO, M. J. Maria; **Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente**. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68271.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

SURIANI, Christiane; **Desenvolvimento e implementação de protocolo para prevenção do risco de quedas em Hospital Público na Região Sul da cidade de São Paulo**. 2017; disponível em: <http://dspace.unisa.br/bitstream/handle/123456789/152/Christine%20Massaro%20Suriani.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 out. 2019.

TASE H. T. et al; **Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente**. Rev. Gaúcha de Enfermagem 2013; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a25v34n3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.