

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Elizabete de Macedo Duarte

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
CIRURGIA SEGURA EM NÍVEL MUNDIAL: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Belo Horizonte
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Elizabete de Macedo Duarte

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA CIRURGIA
SEGURA EM NÍVEL MUNDIAL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em
Prevenção e Controle de Infecções do Hospital das
Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito para obtenção do título de
Especialista.

Orientador: Profa.: Adriana Cristina de Oliveira

Belo Horizonte
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Reitor

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Luciana de Gouvêa Viana

Superintendente do Hospital das Clínicas da UFMG

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira

Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFMG

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DIDÁTICA

Coordenadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Subcoordenadora: Profa. Adriana Cristina de Oliveira

Membros: Profa. Edna Maria Rezende

Profa. Wanessa Trindade Clemente

Representantes discentes: Tatiane Fernandes da Silveira Jales Von Dollinger

Pollianna Kelly da Rocha Rodrigues

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família e, principalmente, ao meu esposo Marcos Vinícius pela fé e confiança demonstrada, para vencer mais uma etapa ao longo da minha vida.

A todos que de alguma forma tornaram esta caminho mais fácil de ser percorrido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de realizar este trabalho, possibilitando paciência, inteligência e, acima de tudo, sabedoria para alcançar mais essa conquista.

Aos meus familiares que entenderam minha ausência, compartilhando escolhas e apoiando nos momentos de insegurança.

À orientadora Prof^a Adriana Cristiana de Oliveira Iquiapaza, que assumiu essa responsabilidade, contribuindo sobremaneira para a materialização deste trabalho.

Enfim, a todos que acreditaram no meu potencial, a minha sincera gratidão e profundo respeito.

Se a educação não pode tudo, alguma coisa fundamental a educação pode. Se a educação não é a chave das transformações sociais, não é também simplesmente reprodutora da ideologia dominante(...)

(Paulo Freire)

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA CIRURGIA SEGURA EM NÍVEL MUNDIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Autora: Elizabete Macedo Duarte¹

Orientadora: Adriana Cristina de Oliveira²

RESUMO

Após lançamento do Protocolo de “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” pela OMS, em 2008, vários estudos sobre sua implementação foram realizados em nível mundial. Os autores dos artigos analisados revelaram as barreiras e dificuldades encontradas pelas instituições na implantação do protocolo, bem como os benefícios que esta trouxe. Este estudo teve como objetivo descrever os aspectos relacionados a implantação do protocolo de cirurgia segura, no Brasil e exterior. Com o propósito de alcançar o objetivo deste trabalho, foi estabelecido como método de pesquisa a revisão integrativa de literatura. Este estudo justifica-se pela importância do tema a nível mundial, visto os grandes benefícios que a implantação do protocolo da OMS traz para os pacientes que serão submetidos a cirurgias. Foram analisados 18 artigos, publicados de 2009 a 2015, sendo elaborados por médicos e enfermeiros e tendo o ano de 2012 com maior número de publicações. Após análise dos artigos selecionados, pode ser concluído que ainda existem falhas na implementação do protocolo, sendo necessário maior engajamento das instituições, com o intuito de reduzir os eventos adversos em cirurgias, trazendo, assim, benefícios para a instituição e, principalmente, para o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Erro médico. Cirurgia Segura. Segurança do Paciente.

¹ Aluna de pós graduação do curso de especialização em Prevenção e Controle de Infecções - UFMG.

² Professor Associado, RN, PhD. Escola de Enfermagem - UFMG

IMPLEMENTATION OF THE PROTOCOL OF THE ORGANIZATION WORLD HEALTH FOR SURGERY SAFE IN WORLDWIDE : AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

After launching the Protocol "Safe Surgery Saves Lives" by WHO in 2008, several studies on its implementation were conducted worldwide. The authors of the analyzed articles revealed the barriers and difficulties encountered by the institutions in the protocol implementation, and the benefits that this has brought. This study aimed to describe aspects of the implementation of safe surgery protocol in Brazil and abroad. In order to achieve the objective of this study it was established as a research method integrative literature review. This study is justified by the importance of the issue worldwide, as the great benefits that the WHO protocol deployment brings to patients who will undergo surgery. They analyzed 18 articles published from 2009 to 2015, being developed by doctors and nurses and with the year 2012 with the highest number of publications. After analysis of the articles it can be concluded that there are still shortcomings in the implementation of the Protocol, including the need for engagement of institutions, in order to reduce adverse events in surgeries, thus bringing benefits to the institution and especially for the patient.

KEYWORDS: Medical Malpractice. Safe Surgery. Patient Safety.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AORN** - *Association of Perioperative Registered Nurses*
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AAOS** - *American Academy of Orthopaedic Surgeons*
- ASA** - American Society of Anesthesiologist
- BVS** - Biblioteca Virtual da Saúde
- CBOT** - Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia
- CC** - Centro Cirúrgico
- EA** - Evento Adverso
- ICESP** - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
- JCAHO** - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE** - *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*
- NRLS** - *National Reporting and Learning Service*
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- SCIELO** - *Scientific Eletronic Library Online*
- SSC** - Surgical Safety Checklist
- UFRN** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Geral.....	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1	Eventos adversos.....	12
3.2	Protocolo “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”- OMS.....	14
3.3	Prevenção de erros.....	17
3.4	Monitorização de evento adverso no paciente cirúrgico.....	22
4	METODOLOGIA.....	24
5	RESULTADOS.....	25
6	DISCUSSÃO.....	28
7	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que sejam realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano e que haverá um aumento da incidência de enfermidades cirúrgicas na próxima década, representadas por doenças cardiovasculares, traumas e câncer, associadas a maior expectativa de vida da população (WHO, 2009). Segundo dados mais atuais, no mundo, é realizada uma cirurgia para cada 25 pessoas, o que ilustra a importância da segurança na realização do procedimento. Há projeção de que metade das cirurgias realizadas acarreta complicações e morte, e 50% dessas ocorrências seriam evitáveis (PROQUALIS, 2009).

Entretanto as falhas nos procedimentos cirúrgicos podem causar danos consideráveis aos pacientes. As complicações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos nos países industrializados são relatadas em 3 a 16%, resultando em 7 milhões de situações incapacitantes, que pode ser físico, social e psicológico, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, tendo este último índices entre 0,4% a 0,8% (WHO, 2009). Estudos realizados em países em desenvolvimento estimam uma taxa de mortalidade de 5 a 10% em pacientes submetidos à cirurgia de maior porte (WHO, 2008).

Diante disso, em 25 de junho de 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou oficialmente em Washington a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, como o segundo Desafio Global, proposto pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Assim, esse novo Desafio Global tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla: 1) prevenção de infecções de sítio cirúrgico; 2) anestesia segura; 3) equipes cirúrgicas seguras; e 4) indicadores da assistência cirúrgica. A meta do desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” é melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países e cenários. Grupos de trabalho de especialistas internacionais foram criados para revisar a literatura e as experiências de médicos em todo o mundo e para chegar a um consenso sobre práticas de segurança em quatro áreas: trabalho de equipe, anestesiologia, prevenção de infecção do sítio cirúrgico e mensurações dos serviços de saúde. Colaboradores com experiência em cirurgia, anestesiologia, enfermagem, doenças infecciosas, epidemiologia,

engenharia biomédica, sistemas de saúde, melhoria de qualidade e outros campos relacionados, assim como pacientes e grupos de segurança do paciente foram recrutados de cada região da OMS, eles próprios solicitaram a participação de médicos e de outras partes interessadas em todo o mundo (OMS, 2009).

A *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, uma associação sem fins lucrativos com sede em Denver, Colorado, que representa os interesses de mais de 160.000 enfermeiros perioperatórios, fornecendo ensino de enfermagem, normas, e os recursos de prática clínica (AORN, 2015), em apoio à campanha, afirma que o programa embasado no sistema de *Checklist* corrobora para a conscientização global, bem como reforça a mensagem de que, se implantado em base sólida, ou seja, comprometimento da equipe de saúde e gestores institucionais, num processo que sistematiza o cuidado seguro no centro cirúrgico, contribuirá, para a realização de cirurgias seguras (WHO, 2009).

Diante destas questões e dada a importância do tema, surgiu o interesse em conhecer como se tem dado a implementação do protocolo de cirurgia segura no Brasil e exterior?

Este estudo justifica-se, pela importância do tema a nível mundial, visto os grandes benefícios que a implantação do protocolo da OMS traz para os pacientes que serão submetidos a cirurgias.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Descrever os aspectos relacionados à implantação do protocolo de cirurgia segura, no Brasil e exterior.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A preocupação com a segurança do paciente é um tema de relevância crescente em todo o mundo. Dados da literatura indicam que um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro ou evento, que na maioria das circunstâncias são passíveis de medidas de prevenção (JCA, 2008).

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do local da cirurgia, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos, podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento, essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente (FERRAZ, 2009).

São muitos os fatores que podem levar uma equipe cirúrgica ao erro, colocando em risco a segurança do paciente, entre esses fatores pode-se citar: materiais inadequados, seja por esterilização inadequada ou por mau funcionamento; corpo estranho esquecido no paciente (instrumentais, compressas); dificuldade em reconhecer complicações durante a cirurgia; dificuldade em planejar o tratamento no cuidado pós-operatório; perfurações ou hemorragias; intervenção com tempo prolongado e cirurgias em sítio ou indivíduo errados ou ainda o procedimento errado. Existem outras situações que acabam passando despercebidas, por serem corriqueiras, sendo assim de difícil mensuração, como a sobrecarga de trabalho, execução de diferentes tarefas concomitantes e muitas interrupções no procedimento (SALES; CAMARRA, 2009).

3.1 Eventos Adversos

Os eventos adversos podem ser definidos como qualquer incidente associado ao uso de medicamentos, equipamentos, dietas ou a realização de procedimentos. Este é classificado como sério quando resulta em morte, ameaça à vida, resulta em incapacidade permanente ou significativamente, requer ou prolonga a hospitalização, causa anomalia congênita ou necessita de intervenção para prevenir incapacidade ou dano permanente (KIZER; STEGUN, 2009). O evento adverso também pode ser definido como uma lesão

ou complicação não-intencional, resultante, provavelmente, da assistência, e não da doença do paciente, e que resulte em morte, incapacidade ou prolongue a permanência no hospital (BRENNAN et al.,1991). E ainda, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), evento adverso (EA) é qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente ou sujeito da investigação clínica e que não tem necessariamente relação causal com o tratamento. Um EA pode ser qualquer sintoma ou sinal, desfavorável e não intencional, ou doença temporalmente associada ao tratamento, incluindo achados laboratoriais anormais.

Já os eventos adversos sérios, relacionados à cirurgia, foram agrupados em cinco categorias: 1) cirurgia realizada em local errado, 2) cirurgia realizada em paciente errado, 3) procedimento cirúrgico errado, 4) retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e 5) morte no intra-operatório ou pós operatório imediato, em paciente classificados como ASA I ou seja, American Society of Anesthesiologist (ASA) (Classificação ASA) que é a classificação clínica do paciente realizado no risco cirúrgico (KIZER; STEGUN, 2009).

Segundo estudos realizados no Canadá e Estados Unidos, os erros associados a procedimentos cirúrgicos foram os mais freqüentes, perfazendo 51,4% de 1133 eventos identificados no Canadá e 44,9% nos Estados Unidos (THOMAS et al., 2000; BAKER et al., 2004). Os erros foram mais freqüentes nos hospitais de ensino que em hospitais gerais, pois a complexidade do atendimento nos hospitais de ensino significa que os pacientes podem receber cuidados de vários fornecedores diferentes, que podem aumentar o risco de eventos adversos relacionados com a falta de comunicação e coordenação do cuidado (BAKER et al., 2004).

Assim, a inquietação em torno da segurança do paciente cirúrgico ganhou forças a partir de dados revelados que demonstraram que as complicações decorrentes de atos cirúrgicos eram responsáveis por casos de morbi-mortalidade em todo o mundo (GAWANDE et al., 1999; KABLE; GIBBERD; SPIGELMAN, 2002; OURO-BANG'NA MAMAN et al., 2005; BRENNAN et al., 1991).

Nesse íterim, sociedades médicas no mundo reconheceram e lideraram o movimento para coibir os erros médicos e o estabelecimento dos conceitos da cirurgia


segura. A *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS) iniciou seus esforços com a iniciativa conhecida como *Wrong Site Surgery* ainda nos anos 1980 e publicou seus resultados preliminares em 1984 (JCO, 2008; BRENNAN, 1991).

3.2 Protocolo “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”- OMS

O “checklist” foi estudado quanto a sua aplicabilidade entre outubro de 2007 e setembro de 2008 em oito hospitais de cidades diferentes (Toronto-Canadá; Nova Deli-Índia; Amã-Jordânia; Auckland-Nova Zelândia; Manila-Filipinas; Ifakara-Tanzânia; Londres-Inglaterra, e Seattle-WA), representando uma variedade de circunstâncias econômicas e diferentes populações, mostrando que o uso do *checklist* praticamente dobrou a chance dos usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados. Nestes locais pilotos houve uma redução de 47% da mortalidade e as complicações que eram em média 11% agora é de 7% (HAYNES, 2011).

Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, cujo principal objetivo era a adoção, pelos hospitais, de uma lista de verificação padronizada, preparada por especialistas, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. Essa lista de verificação deveria ser feita em todas as cirurgias e em três fases: antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign Out*) (WHO, 2009).

No *Sign In* é verificada a identidade do paciente, a marcação do sítio cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento e a conformidade dos materiais solicitados. Também são antecipadas as dificuldades de intubação e o risco de hemorragias.



Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

ENTRADA – SIGN IN ►►►►►►►►►►


FASE 1

QUANDO: antes da indução anestésica


QUEM: a checagem deverá ser realizada pelo enfermeiro e o anestesista

O QUE CHECAR:

- Confirmação com o paciente
 - ▷ Identificação
 - ▷ Sítio cirúrgico
 - ▷ Procedimento
 - ▷ Consentimento
- Sítio cirúrgico marcado?
- Carro anestésico completo e liberado para uso?
- Oxímetro posicionado e em funcionamento?
- Alguma alergia conhecida?
- Risco de aspiração?
- Risco de hemorragia?
- Hemotransfusão prevista está disponível?



INIO
INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA



SBOT
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Este checklist pode ser adaptado. Adições e modificações para adaptação à prática

No *Time Out*, uma breve pausa de menos de um minuto antes da incisão, todos os membros da equipe cirúrgica – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e quaisquer outras pessoas envolvidas – se apresentam, antecipam as possíveis complicações da cirurgia, confirmam verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento a ser feito e a posição do paciente. Nessa etapa também são confirmados: a aplicação de antimicrobianos e tromboembólicos profiláticos, quando indicados; a conformidade dos exames de imagem e funcionamento e a correta esterilização dos materiais. O *Time Out* é um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros como “paciente errado” ou “local errado” (WHO, 2009).



Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

PAUSA CIRÚRGICA – TIME OUT ▶▶▶▶

FASE 2

QUANDO: antes da incisão cirúrgica


QUEM: deverá ser verbal e conduzida pelo cirurgião

O QUE CHECAR:

- Equipe cirúrgica presente? Apresentação breve de cada membro da equipe.
- Identificação do paciente correta?
- Procedimento cirúrgico correto?
- Sítio cirúrgico correto?
- Bisturi e placas testados?
- Instrumental, imagens, aparelhos e implantes disponíveis?
- Antibiótico profilático infundido?

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

- **Cirurgião**
 - ▷ Duração da cirurgia
 - ▷ Perda de sangue
 - ▷ Outros eventos esperados
- **Anestesista**
 - ▷ Preocupações específicas com o paciente e/ou equipamentos
- **Enfermagem**
 - ▷ Preocupações específicas com o paciente e/ou equipamentos





Este checklist pode ser adaptado. Adições e modificações para adaptação à prática

Finalmente, no *Sign Out*, o procedimento é novamente checado, os materiais usados são conferidos e contados, as amostras encaminhadas e os planos pós-operatórios discutidos. Em cada uma das três fases o coordenador da lista de verificação deve confirmar se a equipe cirúrgica completou todas as tarefas para aquela etapa, antes de prosseguir para a nova fase (WHO, 2009).

CIRURGIA SEGURA CONSIDERE O RISCO

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

SAÍDA – SIGN OUT ●

FASE 3

QUANDO: após o término da cirurgia

QUEM: o enfermeiro confirma verbalmente com a equipe

O QUE CHECAR:

- Nome do procedimento realizado
- Contagem do instrumental, gazes e compressas utilizadas
- Amostras coletadas estão devidamente identificadas?

CONFIRMAÇÃO COM EQUIPE CIRÚRGICA DOS PRINCIPAIS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

INFO
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia

SBOT
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEdia e TRAUMATOLOGIA

Este checklist pode ser adaptado. Adições e modificações para adaptação à prática

3.3 Prevenção de erros

De acordo com a OMS (2008), a segurança do cliente pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torná-los visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes.

A prevenção de eventos adversos é um pré-requisito da segurança do paciente. Uma política de tolerância-zero é o único padrão que pode eticamente ser justificado por instituições de saúde ou ser aceito por pacientes e pelo público. A implantação destas políticas pode enfrentar barreiras organizacionais e culturais, especialmente por parte dos profissionais do Centro Cirúrgico (SEIDEN; BARACH, 2006).

Rastrear possíveis falhas no transcurso do processo de agendamento até a chegada do paciente à sala cirúrgica consiste em um artifício eficaz para a prevenção de cirurgias

em locais inapropriados. Conforme Diagrama elaborado por James Reason “Queijo Suíço”, que consiste de múltiplas fatias de queijo suíço colocadas lado a lado como barreiras à ocorrência de erros, em algumas situações os buracos do queijo se alinham, permitindo que um erro passe pelas múltiplas barreiras causando o dano, “não existe uma única causa raiz para ocorrência destas falhas. Quando estes eventos ocorrem são o resultado de uma cascata de pequenos erros que se agrupam para penetrar nas defesas da organização” (OMS, 2008).

Entre os eventos que precedem uma cirurgia em local errado, que sabidamente poderiam ser evitados, estão: extravio de documentos ou preenchimento incorreto e/ou inconsistente dos mesmos; perdas de exames dos pacientes; falta de marcação da lateralidade pelo cirurgião na sala de preparo; ausência ou inconsistência do processo de *time-out*; pressa durante a verificação do paciente e/ou verificação inadequada pela equipe cirúrgica; ausência de verificação do sítio cirúrgico quando são realizadas várias cirurgias consecutivas pelo mesmo cirurgião; comunicação inefetiva antes da cirurgia pelos membros da equipe; visibilidade da marcação por remoção ou coberta por campos cirúrgicos; distração da equipe pela realização de múltiplas tarefas e ainda *time-out* realizado após todos os membros da equipe estarem paramentados e o paciente estar coberto por campos (JCCTH, 2012).

Mesmo com toda divulgação em campanhas educativas, a fim de prevenir os altos índices de eventos sentinelas relacionados à cirurgia em sítio cirúrgico errado, tais eventos continuam ocorrendo, sendo descrito como terceiro mais relatado nos anos 2004 a 2010 (CLARK, 2011).

Num período de seis meses em um centro cirúrgico nos Estados Unidos foi evidenciada uma taxa de mortalidade relacionada a erros médicos de uma para cada 270 erros (0,4%) e 65% desses erros foram considerados como evitáveis. Atualmente, o ambiente cirúrgico é considerado altamente inseguro, com uma taxa de eventos adversos estimada em um para cada 10.000 cirurgias. No trauma ortopédico, tal taxa sobe para uma complicação para cada 100 cirurgias. (AMALBERTI, 2005).

No Hospital Nacional de Pediatria "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", referência da rede pública na Argentina foi realizado um estudo durante um mês no bloco cirúrgico, onde se

registrou o desempenho das 11 práticas de segurança proposta pela OMS, envolvendo ações da equipe cirúrgica, a disponibilidade de equipamentos e suprimentos, e questões relacionadas aos pacientes (DACKIEWICZA et al., 2012).

Um das maiores barreiras é a falta de treinamento da equipe, a não adesão dos profissionais ao protocolo e o não comprometimento da instituição (DUNN, 2006), conforme vários estudos publicados.

Foi realizada uma pesquisa voluntária entre os 3.231 ortopedistas participantes do 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), em novembro de 2012, por meio de um questionário sobre o uso do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS. Após o recebimento de 502 questionários respondidos, foi feita a análise estatística dos resultados. Dentre os 502 ortopedistas respondentes, 40,8% relataram ter vivenciado a experiência de cirurgia em paciente ou em local errado e 25,6% deles apontaram “falhas de comunicação” como responsáveis pelo erro e 65,3% desconhecer total ou parcialmente o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS. Desses ortopedistas, 72,1% nunca foram treinados para o uso do protocolo (MOTTA FILHO, et al., 2013).

Outro estudo, desenvolvido em centro cirúrgico de um hospital privado no interior de São Paulo (SP), no segundo semestre de 2011, entre os profissionais de enfermagem que atuavam na unidade, constituindo uma equipe de 40 pessoas, sendo 8 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem, foram distribuídos 40 questionários e retornaram 31 (77,5%). A amostra foi representada por técnicos de enfermagem (67,7%), enfermeiros (22,6%) e auxiliares de enfermagem (9,7%). O maior contingente (58,0%) tinha de 2 a 6 anos de formação e 6,5% eram recém-formados (PANCIERI et al., 2013).

Neste estudo, verificou-se, como causa muito frequente para a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos, a "rotina na programação de procedimentos eletivos" (35,5%), seguida da afirmativa de que "o membro da equipe de enfermagem está sobrecarregado ou é distraído por outros pacientes, colegas de trabalho ou ocorrências na unidade", a "passagem de plantão é feita de forma desatenta" e a "falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e da equipe médica", representando 32,2% da opinião

dos colaboradores). No entanto, quando essas situações são somadas à opinião dos que acreditam ser causa frequente, há um aumento no percentual de respostas (67,8%, 45,1%, 54,8% e 58,1%, respectivamente), alertando para o fato de que o ato rotineiro no cotidiano de trabalho dos profissionais em procedimentos eletivos e os problemas de comunicação entre os profissionais são fortes razões para os eventos adversos ocorrerem (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

De janeiro a março de 2012 foram realizados estudos em dois hospitais de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizados em Natal, Rio Grande do Norte, sendo um caracterizado como hospital geral de alta complexidade e o outro uma maternidade para alto risco gestacional. Nestes hospitais o “checklist” foi implantado em 2011 para cirurgias urológicas e ginecológicas. Foram analisados prontuários de 375 cirurgias e verificado a existência do “checklist” em 60,8% das cirurgias, com falhas no preenchimento (FREITAS et al., 2014).

Na Argentina, no Hospital Central Aerospace foi realizada análise após implantação do protocolo da OMS e foram identificadas falhas em 200 cirurgias realizadas entre abril e outubro de 2011 (ALGIERE et al., 2012).

Outro estudo sobre a implantação do *checklist* foi realizado em quatro hospitais universitários e de ensino na Finlândia. Um questionário estruturado foi entregue ao pessoal envolvido nas operações consecutivas, durante 4-6 semanas antes e depois da implementação do *checklist*. O questionário se assemelhava a lista de verificação da OMS e constou de perguntas de múltipla escolha relacionadas com a realização de controles de segurança e comunicação. Foi concluído que a lista de verificação aumentou a sensibilização para as questões relacionadas com o paciente, o procedimento e os riscos esperados das equipes. Ele também reforçou a comunicação da equipe (TAKALA, 2011).

No centro cirúrgico de um hospital em um município sueco, foi realizado um estudo entre novembro de 2009 e dezembro de 2010 durante procedimentos cirúrgicos, que resultou na conclusão de que a lista de verificação nem sempre é aplicado como previsto. Os componentes que facilitam a comunicação são muitas vezes negligenciados. O *time-out*

não parece ser conduzido com um esforço de equipe. É plausível que a concepção de risco e a importância percebida de diferentes itens da lista de verificação do pessoal são fatores que influenciam o uso de *checklist*. Para melhorar a adesão e envolver toda a equipe, o conceito de risco e a percepção da relevância dos itens da lista de verificação para todos os membros da equipe devem ser abordados (RYDENFÄL, 2010).

Em 2009, o Hospital Universitário de Graz, o segundo maior na Áustria, com mais de 1.200.000 pacientes ambulatoriais e 88.000 pacientes internados por ano, começou a implementar ferramentas abrangentes de segurança dos pacientes, através da introdução sistemática de gestão do risco clínico em procedimentos hospitalares de rotina. Até 2014 cada um dos serviços cirúrgicos do hospital implementou o *checklist* em seus procedimentos de rotina. Os resultados das auditorias e da pesquisa foram encontrados para estar em conformidade com relação à taxa do *checklist* usados e de crença subjetiva de profissionais de saúde. No entanto, a taxa de adesão diminuiu continuamente ao longo do tempo. Como foi resumido por Treadwell , as barreiras à implementação do protocolo geralmente consistem de confusão em relação ao uso adequado da lista de verificação, desafios pragmáticos para o fluxo de trabalho eficiente, crenças individuais e atitudes. Os dados mostram que a implementação de uma nova ferramenta é um processo contínuo que requer a disposição dos profissionais de saúde a participar, bem como os conhecimentos necessários para implementar e melhorar constantemente a tal ferramenta (SENDLHOFER, 2015).

Um estudo transversal foi realizado na 97ª Reunião Anual da Sociedade Suíça de Cirurgia, Suíça, em 2010. Os pareceres do Surgical Safety Checklist (SSC) foram avaliados com um questionário. A maioria dos entrevistados concordou que a lista de verificação melhora a segurança e comunicação da equipe, e ajuda a desenvolver uma cultura de segurança. No entanto, eles foram menos favoráveis sobre a opinião que o *checklist* facilita o trabalho em equipe e elimina hierarquia social entre cuidadores (CULLATI, 2014)

3.4 Monitorização de evento adverso no paciente cirúrgico

A educação e supervisão continuada de todos os profissionais são fundamentais, bem como a adoção do protocolo como uma política institucional. Diversos procedimentos para a prevenção do paciente errado, lado errado e procedimento errado têm sido adotados em outras instituições fora do Brasil, em concordância com as recomendações da *American Academy of Orthopaedic Surgery*, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, *Veteran's Health Administration*, *Canadian Orthopaedic*, *a North American Spine Society* e a OMS. Entretanto, segundo revisão sistemática realizada recentemente, não há evidências na efetividade destes procedimentos de segurança, sendo necessária a realização de estudos futuros (MICHAELS, 2007).

O ambiente hospitalar por si só já é um fator de estresse ocupacional, somados a este fator estão a atuação de muitos profissionais em conjunto e os muitos aparatos tecnológicos. Segundo Cararro et al. (2012) também faz-se necessário a utilização de estratégias educacionais, a fim de capacitar e sensibilizar os profissionais quanto ao uso das tecnologias, fomentando práticas de biossegurança, visando a melhoria das condições de trabalho e o adequado desempenho das funções do processo de cuidados de enfermagem, diminuindo assim os riscos de acidentes e eventos adversos em decorrência deles.

Prospectivamente, foram coletados dados sobre os processos clínicos antes e depois do "Checklist" ser implementado. Os resultados demonstraram melhorias significativas, com redução das taxas de mortes e de complicações para mais de um terço, nos oito hospitais piloto. Após a implantação do "Checklist", a taxa de complicações hospitalares caiu de 11% para 7%, e a de mortalidade, no pós-operatório de cirurgias de grande porte, de 1,5% para 0,8%. Segundo os autores Cullat et al. (2014) reconhecendo o impacto positivo que o SSC poderia ter sobre a segurança do paciente, a Agência Nacional de Segurança do Paciente Reino Unido emitiu um alerta informando que o SSC (na sua versão modificada) deve ser preenchido para cada paciente cirúrgico no período de fevereiro de 2010 em diante. Da mesma forma, as autoridades reguladoras nacionais de saúde na

França e na Irlanda , aprovou o uso obrigatório de SSC para todos os pacientes submetidos à cirurgia (CULLATI et al., 2014).

Em outros países ocidentais, as organizações de profissionais de saúde para atendimento cirúrgico têm recomendado a utilização rotineira de SSC . Na Suíça, a Fundação para a Segurança do Paciente tem lidado com as questões de segurança e qualidade dos cuidados desde 2003 e uma pesquisa recente entre os diretores dos departamentos de cirurgia informou que o SSC foi utilizado em 74% dos hospitais . No entanto, apesar de uma adesão oficial para SSC da maioria dos profissionais de saúde perioperatórios, há muitos obstáculos que impedem o sucesso da sua implementação e na promoção de uma verdadeira cultura de segurança. Uma recente pesquisa entre profissionais suíços cirúrgicas de saúde mostrou satisfação moderada com o SSC . Este quadro misto sugere que a implementação da lista de verificação está enfrentando não apenas barreiras de organizações de saúde, mas também as barreiras relacionadas com a percepção do benefício da SSC. Sabemos pouco sobre a percepção da SSC entre cirurgiões e anestesistas suíços (CULLATI et al., 2014).

Estudos e experiências relatadas demonstram que os problemas na comunicação são barreiras para a adesão aos programas de segurança do paciente e aplicação da lista de verificação, e contribuem para a ocorrência de eventos adversos relacionados aos procedimentos (FOURCADE et al., 2011; KARL, 2007). Em um estudo que analisou 460 casos cirúrgicos com algum dano ao paciente, ficou comprovado que em 22% a falha na comunicação foi o principal fator (GRIFFEN, 2007). Deste modo, ressalta-se a importância da comunicação verbal entre a equipe, neste momento representada pelo *time out*, de acordo com o preconizado pela OMS e Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

4 METODOLOGIA

Com o propósito de alcançar o objetivo deste trabalho foi estabelecida como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura, demarcando as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese, estabelecimento do critério para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e, finalizando, apresentação da revisão.

De acordo com as pesquisas, foram buscados artigos para reunir o conhecimento sobre o tema, analisando as contribuições e barreiras relacionadas à implementação do protocolo de cirurgia segura em todo mundo.

Para o levantamento dos artigos foi realizado busca por meio eletrônico nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) através da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no portal Capes na base *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Foram utilizados para a busca dos artigos os descritores seguintes, combinando com os idiomas da língua portuguesa, inglesa e espanhola: erros médicos, checklist de cirurgia segura, *surgical safety checklist*, *implementation surgical safety*.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, entre os anos de 2009 a 2015. O recorte temporal incluso se justifica devido ao lançamento do protocolo ter sido em 2008 e também a escassez de estudos sobre o tema.

A análise dos artigos selecionados, bem como a síntese dos dados foram realizados de forma descritiva, que constitui um tipo de estudo não experimental em que podemos observar, descrever e explorar aspectos de uma situação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001).

5 RESULTADOS

Foram encontrados um universo de 18 artigos, ano de publicação de 2009 a 2015, mostrando o ano de 2012 com maior número de publicações, com queda nos anos seguintes, conforme gráfico 1.

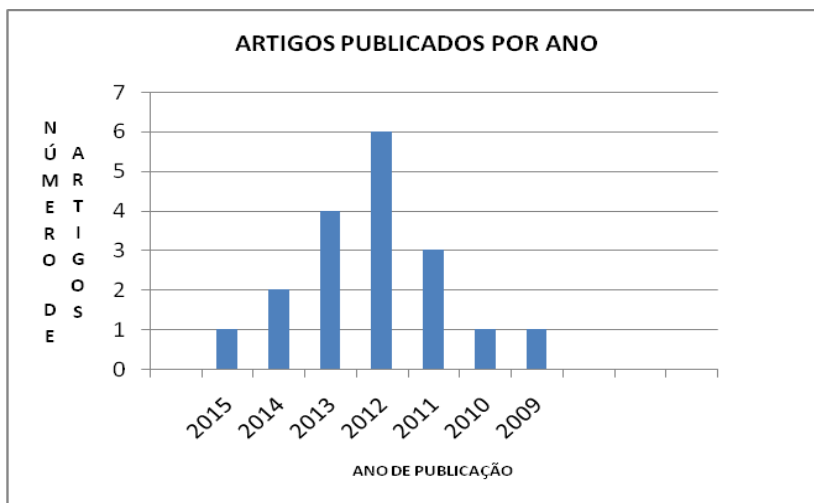


GRÁFICO 1 - Artigos publicados entre os anos de 2009 a 2015

O gráfico 2 traz o número de publicações por país, mostrando o Brasil com maior número de publicações referente a implementação do protocolo da OMS.

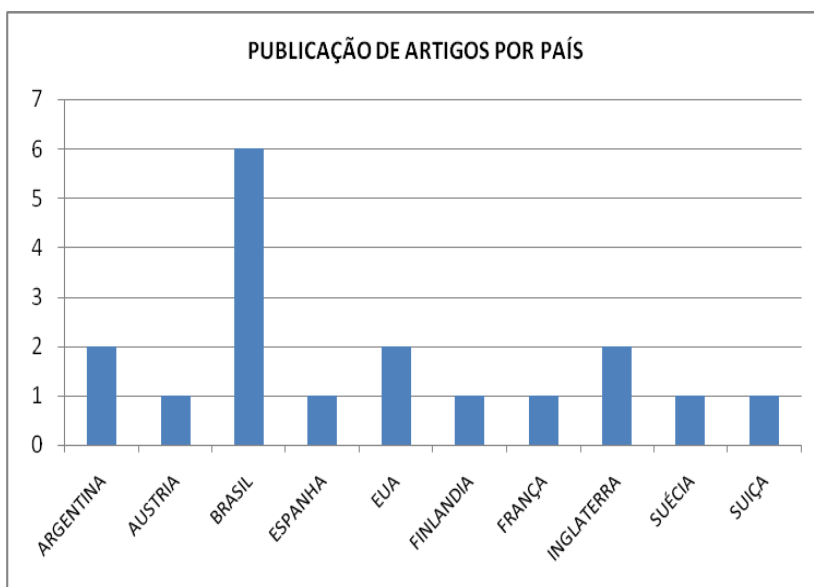


GRÁFICO 2 – Quantidade de artigos publicados por país

Dos 18 artigos analisados, um quantitativo de 12 foram elaborados por médicos e 6 por enfermeiros, conforme demonstrado no gráfico 3.

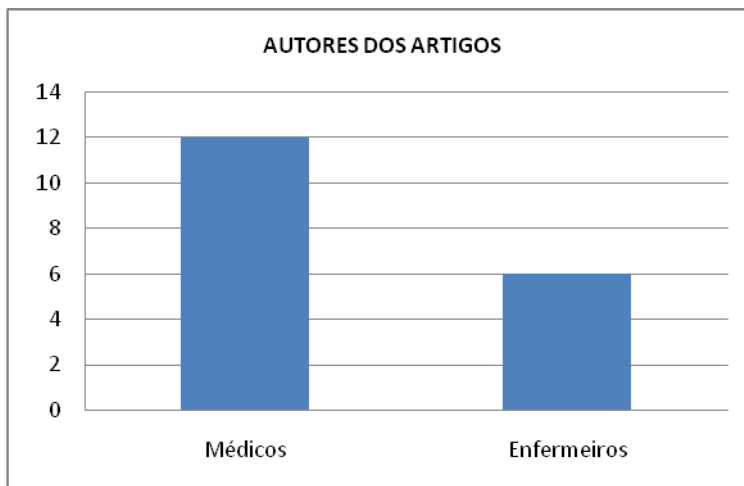


GRÁFICO 3 – Especialidade dos autores dos artigos

Quanto às características relativas ao tipo de estudos, houve variação em suas abordagens, estando o estudo transversal com maior número de estudos com 12, seguido do analítico com 4 e revisão integrativa com 2, conforme demonstrado no gráfico 4.

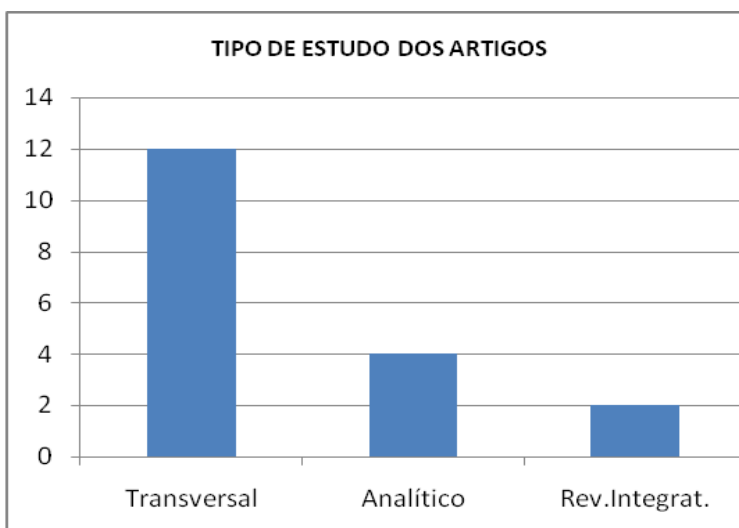


GRÁFICO 4 – Características dos tipos de estudos dos artigos.

A análise dos artigos permitiu que fossem observados os seguintes benefícios após aplicação do protocolo da OMS: identificação de situações de risco 2, redução de eventos adversos 6, sensibilização da equipe sobre riscos 3, otimização da comunicação da equipe 6 e maior adesão ao *checklist* 3, bem como foram encontradas as seguintes dificuldades: falha na aplicação do protocolo 4, falha de comunicação entre equipes 3, insegurança na checagem da lista 1 e falta de treinamento adequado 9, conforme demonstrado no gráfico 5.

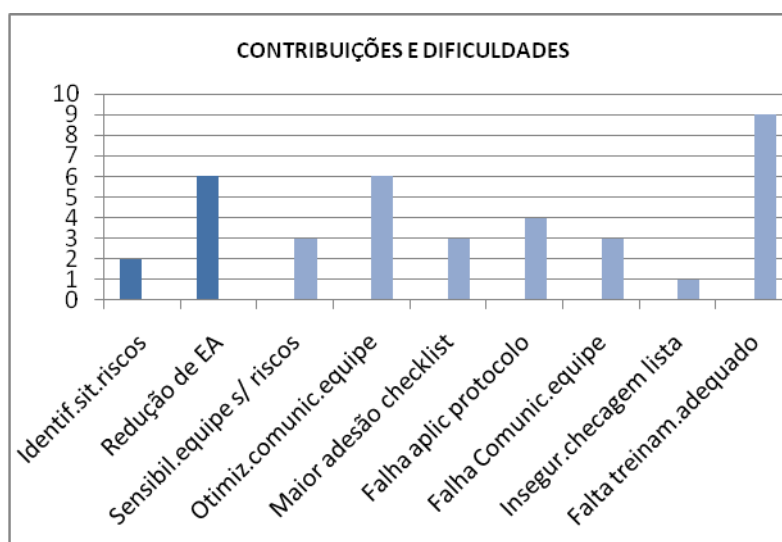


GRÁFICO 5 - Benefícios e dificuldades após implementação do protocolo da OMS.

6 DISCUSSÃO

A experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) mostra que a implantação de um protocolo para prevenção do paciente errado, lado errado e procedimento errado pode ser facilmente realizada, sendo um exemplo para outras instituições públicas e privadas. O trabalho interdisciplinar de toda a equipe do Centro Cirúrgico (CC) é de suma importância, para que a excelência no atendimento e segurança do paciente seja alcançada (VENDRAMINI et al., 2009).

A implantação de um protocolo ajuda a prevenir a ocorrência de eventos adversos, pois elimina a confusão em relação à demarcação e facilita a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica, sendo certamente efetiva na prevenção de erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico. (VENDRAMINI et al., 2009).

Estudo realizado na Espanha sobre a aplicação da lista de verificação nos centros cirúrgicos de 9 hospitais públicos da região de Murcia, colocou como variável a ser considerada na avaliação a presença dos 19 itens que integram a lista de verificação elaborada e sugerida pela OMS (SORIA-ALEDO et al., 2012).

A inclusão desses é relevante em face de que em ambientes complexos, como o cirúrgico, os profissionais enfrentam a falibilidade da memória e da atenção humana, sobretudo em questões rotineiras, as quais são muitas vezes negligenciadas por acontecimentos urgentes. Outra dificuldade surge quando as pessoas enganam a si mesmas, com a falsa ideia de que podem suprimir passos de verificação, por acharem que sempre se lembram deles. A lista de verificação, por sua vez, reforça a lembrança de tarefas mínimas necessárias, as tornam explícitas e oferece, não só a oportunidade de verificação de itens, como incentiva e reforça a disciplina de alto desempenho (GAWANDE, 2011). Deste modo, a verificação de todos os itens, apesar de já conhecidos, é essencial.

Recentemente foi feita pesquisa que avaliou o banco de dados da *National Reporting and Learning Service* (NRLS), na Inglaterra, referente a 2008. Os autores concluíram que o Protocolo da Cirurgia Segura da OMS contribui para alinhar a precisão técnica à segurança dos pacientes (PANESAR, 2011).

7 CONCLUSÃO

Após análise dos artigos selecionados relacionados ao protocolo de cirurgia segura no Brasil e exterior, o que pôde ser observado é que nos locais onde se deu sua implantação, ainda ocorrem falhas, seja de comunicação, de adaptação, falta de conhecimento concreto do conteúdo do protocolo, dificuldade de adesão aos passos sugeridos no mesmo e ainda, excesso de auto confiança, no sentido de o profissional de saúde pular etapas, impedindo assim, o cumprimento de todo o protocolo de forma correta.

Foi possível verificar que desde o lançamento do Protocolo “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da OMS, ainda se tem muito a fazer sobre a segurança do paciente, como também é pouco explorado no Brasil o tema em questão.

O recurso mais importante das equipes cirúrgicas é a própria equipe. Uma equipe que trabalha em conjunto e utiliza seus conhecimentos e capacidades em prol do paciente, evita complicações fatais. Entretanto, os elementos da equipe cirúrgica têm sido pouco orientados ou estruturados para promover o trabalho efetivo e minimizar os riscos para a segurança de doente cirúrgico. O objetivo do programa “cirurgia segura salva vidas” é corrigir estes problemas.

Há a necessidade de engajamento por parte das instituições para que o protocolo seja implementado de forma mais adequada, buscando despertar o interesse e conscientização dos profissionais para a importância do cumprimento do mesmo de forma coerente e eficaz, com intuito de reduzir os eventos adversos, trazendo benefícios para a instituição e, principalmente, para o paciente.

Esperamos que este trabalho venha se somar aos demais já existentes, servindo de base para próximos estudos, trazendo mais luz ao tema, contribuindo, desta forma, para maiores esclarecimentos e contribuição para a correta e eficaz implantação do Protocolo “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, da OMS.

REFERÊNCIAS

- ALGIERE R.D.** et al., Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica Postoperatoria en la Sala General, 2012.
- AMALBERTI R**, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med.*2005;142(9):756–64.
- AORN** - Association of Perioperative Registered Nurses. AORN Endorses the WHO Safe Surgery Saves Lives Initiative. [cited 2009 Sept 05].
- BAKER GR**, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004;170(11):1678-86.
- BRENNAN, T.A.** *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N. Engl. j. med.*, Boston, v.324, p.370-376, 1991.
- CALLAND JF**, Adams RB, Benjamin Jr DK. Thirty-day postoperative death rate at an academic medical center. *Ann Surg.* 2002;235(5):690–6.
- CARARRO T.E.** et al.; A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(3):14-19.
- CLARK C.** Media HealthLeaders. Joint Commission Unveils Wrong Site Surgery Prevention Tool. [Internet]. California; 2011. [cited 2012 Jun 20]. Available from: <http://www.healthleadersmedia.com/print/LED-268180/Joint-Commission-Unveils-WrongSite-Surgery-Prevention-Tool>.
- CULLATI, S.** et al. .Implementation of the Surgical Safety Checklist in Switzerland and Perceptions of Its Benefits: Cross-Sectional Survey, 2014.
- DACKIEWICZA N.** et.al.; Lista de verificación de seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico, 2012.
- DUNN D.** Surgical site verification: A through Z. *J Perianesth Nurs.* 2006;21(5):317-28; quiz 329-31.
- BOHOMOL E.**, TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enf.*26 no.4 São Paulo 2013.
- FERRAZ, E.M.** A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. *Rev Col Bras Cir* v.36, n.4, p. 281-282, 2009.

FOURCADE, A. et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *Qual. saf. health care.*, Londres, v.21, n.3, p.191-197, 2012
FREITAS, M.R., 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, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(1):137-148, jan, 2014

GAWANDE, A.A et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, Oxford, v.126, n.1, p.66-75,1999

GRIFFEN, F.D. ACS Closed Claims Study reveals critical failures to communicate. *Bull. Am. Coll. Surg.*, Chicago, v 92, n. 1, p.11-16, 2007

HAYNES AB, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:102-7

JCA - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais.* Porto Alegre: Artmed; 2008.

JCCTH - Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Reducing the risk of wrong site surgery [Internet]. [S.n.t.] [cited 2012 Jun 20] Available from: www.centerfortransforminghealthcare.org/UserFiles/file/CTH_WSS_Storyboard_final_2011.pdf.

KABLE, A.K.; Gibberd, R.W.; Spigelman, A.D. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*, Oxford, v.14, n.4, p.269-276, 2002.

KARL, R.C. Staying safe: simple tools for safe surgery. *Bull Am Coll Surg*, Chicago, v 92, n. 4, p.17-22, 2007.

KIZER KW, Stegun MB. Serious Reportable Adverse Events in Health Care [text on the Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publication; 2005. [cited 2009 Jun 15]. Available from: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Kizer2.pdf>.

MENDES, Karina Dal Sasso; Silveira, Renata Cristina de Campos Pereira; Galvão Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008.

MICHAELS RK, Makary MA, Dahab Y, Frassica FJ, Heitmiller E, Rowen LC, et al. Achieving the National Quality Forum's "Never Events": prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. *Ann Surg.* 2007;245(4):526-32.

MOTTA FILHO, G.R., et al., Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros, *Revista Brasileira de Ortopedia*, 2013;48(6):554–562

OMS. World alliance for patient safety. Implementation manual surgical safety Checklist (first edition). Safe Surgery saves lives. 2008. [cited 2009 Sept 05]. available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf

OURO-BANG’NA, M.A.F. *et al.* Deaths associated with anaesthesia in Togo, West Africa. *Tropical Doctor*, Londres, v.35, n.4, p.220-222, 2005

PANCIERE A.N. et al.; *Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola*, 2013.

PANESAR S.S., et al. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics? Can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system. *J Orthop Surg Res*. 2011;6:18.

PROQUALIS. Informações sobre Segurança do Paciente para desenvolvimento do Portal PROQUALIS: Subsídios ao Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente

RATEAU F, et al. Check-list “Sécurité du patient au bloc opératoire”: une année d’expérience su 40000 interventions au centre hospitalier de Nice. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011;30(6):479-83.

RYDENFÄL C. et al.; Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements, 2013.

SANTOS, B. P; Braga, E. M.; Gonçalves, I. R. Cir. seg. salv. vi das: aplic. e aval. do *Checklist*. sug. pela OMS em cir. inf. de um Hosp. Esc..*Revista Uningá*, n. 37, p73-84, 2013

SALLES, C.L.S.; Carrara, D. Cirurgia Segura. In: Harada, M.J.C.S.; Pedreira, M.L.G. *Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009 p. 109-117.

SEIDEN SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrongprocedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg*. 2006;141(9):931-9.enferm. vol 17. Dunn D. Surgical site verification: A through Z. *J Perianesth Nurs*. 2006;21(5):317-28; quiz 329-31.

SENDLHOFER G. et al.; Implementation of a Surgical Safety Checklist: Interventions to Optimize the Process and Hints to Increase Compliance, 2015.

SERRANHEIRA F, Sousa P, Uva AS. Investigação e inovação em segurança do paciente. Revista Portuguesa Saúde Publica. 2010; 10:89-95.

SORIA-ALEDO, V. et al.; Dificultades en La implantación Del check list en los quirófanos de cirugía. Cirugía Española, Barcelona, v.90, n.3, p. 180-185, 2012.

TAKALA R.S. et al.; A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication, 2012.

THOMAS EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000;38(3):261-71.

VENDRAMINI, R C Ret al., Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Rev Esc Enferm USP, 2010

WHO - World Health Organization. *Guidelines for Safe Surgery.* Genebra; 2008.

WHO - World Health Organization. Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization;2009.

ZAMBON LS. Manual de implementação do *checklist* da campanha “Cirurgia Segura Salva Vidas” da OMS. Publicado em jul. 2009. Medicina Net.