



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

ANDERSON MARIANO MASSENA

**AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA
COMPLICAÇÕES NO PERIOPERATÓRIO RELACIONADAS
À SEGURANÇA DO PACIENTE**

Acarape – CE

2017

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA (UNILAB)
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

ANDERSON MARIANO MASSENA

**AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES NO
PERIOPERATÓRIO RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE**

**Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC), submetido à coordenação
de curso de Enfermagem da
UNILAB, como requisito parcial
para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.**

**Orientador: Prof. Dr. Thiago Moura
Araújo**

**Acarape - CE
2017**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema Integrado de Bibliotecas da Unilab(SIBIUNI)
Catalogação de Publicação na Fonte.

Massena, Anderson Mariano.

M37a

Avaliação de fatores de risco para complicações no perioperatório relacionadas à segurança do paciente / Anderson Mariano Massena. - Redenção, 2017.
26f: il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Enfermagem, Instituto De Ciências Da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2017.

Orientador: Thiago Moura Araújo.

1. Enfermagem. 2. Avaliação. 3. Cirurgia Segura. 4. Complicações Cirúrgicas. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 610.73

ANDERSON MARIANO MASSENA

**AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES NO
PERIOPERATÓRIO RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), submetido à coordenação de curso de Enfermagem da UNILAB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Thiago Moura Araújo (orientador)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Profa. Dra. Vivian Saraiva Veras (1ª Examinadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Profa. Dra. Monaliza Ribeiro Mariano (2º Examinador)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Profa. Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos (1ª Suplente)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Profa. Ms. Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti(2ª Suplente)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

AValiação DE FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES NO PERIOPERATÓRIO RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE

Anderson Mariano Massena¹, Thiago Moura Araújo².

RESUMO: A segurança do paciente é definida como um conjunto de ações com finalidade de evitar danos ao indivíduo, ocasionados por falhas no cuidado e assistência em saúde. Foi objetivo deste estudo avaliar fatores de risco para complicações trans-operatórias relacionadas à segurança do paciente, mediante ao uso de um instrumento de avaliação trans-operatória. Pelo meio metodológico de um estudo transversal, a pesquisa foi realizada em um hospital na região do maciço de Baturité, do estado do Ceará, se limitando aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, do período de março a abril de 2017. O tamanho da amostra foi definido por meio de cálculo estatístico de amostragem transversal finita que indicou amostragem de 98 sujeitos. Dos 98 pacientes acompanhados ao longo da pesquisa, sua maior parte é representada pelo sexo masculino. Os pacientes eram pertencentes a 10 municípios, com as maiores amostras pertencentes aos municípios de Aracoiaba e Baturité. Entre os resultados encontrados, destaca-se o fato de não ser aplicada as escalas de coma de Glasgow e Aldrete-Kroulik em nenhum dos pacientes e a total ausência de identificação no leito e de pulseiras de identificação. Além disso, 31 pacientes não foram questionados quanto as suas comorbidades, sete prontuários apresentavam-se com ausência de informações ou informações trocadas e em 70,41% dos procedimentos, o anesthesiologista não acompanhou o procedimento em sua integralidade. Houve significância estatística na relação entre a verificação das queixas no pré-operatório e as cirurgias eletivas e de urgência ($p < 0,001$), de modo que das queixas verificadas, 33,33% ocorreram nos procedimentos de urgência e das não verificadas em mais de 90% incidiu em procedimentos eletivos. Constataram-se diversos riscos que podem ocasionar complicações no transoperatório, e verificado que estes são evitáveis se os profissionais seguirem as recomendações de segurança do paciente orientadas pela OMS e Ministério da Saúde, aliada a adoção de protocolos e checklists.

Palavras-Chaves: Cirurgia; Avaliação; Cirurgia Segura; Complicações Cirúrgicas.

ABSTRACT: Patient safety is defined as a set of actions aimed at avoiding harm to the individual, caused by failures in health care and assistance. The objective of this study was to evaluate risk factors for trans-operative complications related to patient safety through the use of a trans-operative evaluation instrument. Using a cross-sectional method, the study was conducted in a hospital in the region of the Baturité massif, in the state of Ceará, and was limited to patients undergoing surgical procedures from March to April 2017. The sample size was Defined by means of statistical calculation of finite transversal sampling that indicated sampling of 98 subjects. Of the 98 patients followed throughout the study, most of them are male. The patients belonged to 10 municipalities, with the largest samples belonging to the municipalities of Aracoiaba and Baturité. Among the results found, the fact that the Glasgow and Aldrete-Kroulik coma scales were not applied in any of the patients and the total absence of identification in the bed and of identification wristbands. In addition, 31 patients were not questioned regarding their comorbidities, seven files were missing information or information exchanged and in 70.41% of procedures, the anesthesiologist did not follow the procedure in its entirety. There was statistical significance in the relationship between preoperative complaints and elective and emergency surgeries ($p < 0.001$), so that of the complaints found, 33.33% occurred in emergency procedures and those not verified in more than 90% focused on elective procedures. A number of risks have been identified that may lead to complications in the intraoperative period, and it has been verified that these are avoidable if the professionals follow the patient safety recommendations oriented by WHO and the Ministry of Health, together with the adoption of protocols and checklists.

Keywords: Surgery; Evaluation; Safe Surgery; Surgical Complications.

¹ Graduando em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira – UNILAB, Redenção, CE, Brasil. E-mail: andersonmassena@gmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem, professor do curso de Enfermagem - UNILAB. Redenção, CE, Brasil. E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

Autor correspondente: Anderson Mariano Massena

Endereço: Rua: Isaías, nº 109, Distrito Pedras, Eusébio, Ceará, Brasil. CEP: 62755-000. E-mail: andersonmassena@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como um conjunto de ações com intensão de evitar danos ao indivíduo, ocasionado por falhas no cuidado e assistência em saúde. A segurança do paciente já vem sendo discutida desde 400 aC por Hipócrates, que já fazia afirmações no contexto da segurança do paciente, de modo que um de seus pensamentos diz “*Primum non nocere*” que é traduzido como “primeiro não causar dano”. Já estava claro que os cuidados assistenciais são passíveis de falhas e erros humanos, contudo já se refletia em evita-la ao máximo (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Em 1863, Florence Nightingale em seu livro traz o seguinte pensamento: “*Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes*”, de modo que a mesma já identificava falhas profissionais e os encaravam como sérios problemas, com isso classificando a segurança do paciente como algo primordial após observar os resultados desastrosos de sua ausência (BUENO; FASSARELLA, 2012).

No Brasil, em 1970 se iniciaram as primeiras ações no sentido da segurança do paciente, com a proposta de criação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos hospitais. Essas comissões não foram aceitas inicialmente, porém ganharam força com a morte do presidente Tancredo Neves, por causas ligadas a infecção cirúrgica. Assim, foi iniciado o processo de legalização das comissões através de portarias e normas técnicas, reforçado pela cobrança da população, após maior esclarecimento sobre erros e complicações relacionadas à procedimentos cirúrgicos e hospitalização (OLIVEIRA; PAULA, 2012).

Em 1999, o relatório “Errar é Humano” (*To err is human*), publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), apresentou ao mundo a seriedade dos problemas causados por falhas na assistência em saúde, por sua vez se tornando pauta para debate na Organização Mundial da Saúde (OMS) e em outros países sendo discutido como política de saúde (BRASIL, 2013).

Após a publicação do relatório, o congresso Norte Americano avaliou as recomendações do documento, além disso, o IOM recomendou a criação de um centro de segurança do paciente, e com a ampliação dos debates sobre o relatório, foram desenvolvidos programas de segurança hospitalar entre outras ações. Todas essas medidas emergenciais sendo adotadas após o relatório evidenciar taxas

alarmantes de mortalidade, proveniente de falhas profissionais, mortalidades estas por volta de 44.000 a 98.000 ao ano (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde em 2002, foi estabelecida a resolução WHA 55.18, que dispõe sobre “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, requerendo em regime de urgência, que os estados membros, passassem a ter mais cautela, quanto ao problema da segurança do paciente. De modo que, na tentativa de delimitar as ações, verificou-se o conhecimento ineficiente em torno do tema, com isso a comunidade científica se mobilizou em busca de conhecer o problema, e seus pontos críticos, buscando solucioná-los (BRASIL, 2013).

Em sequência, no ano de 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde criou a aliança mundial para segurança do paciente, com objetivo liderar mundialmente os programas de segurança ao paciente, com isso delimitando objetivos principais da aliança, como por exemplo, o desenvolvimento de mecanismos para melhoria da segurança do paciente, criação de normas globais, protocolos e orientações sobre segurança do paciente, desenvolver investigações em áreas de maior importância ligada a segurança do paciente, entre tantas outras. Atualmente, temos seis protocolos básicos de segurança do paciente, estipulado pelo ministério da saúde, sendo a identificação do paciente, prevenção de lesões por pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Em 2008, o Brasil dava importantes passos na construção de uma cirurgia segura, quando o Ministério da Saúde aderiu à campanha da OMS, por meio da criação de uma lista de verificação elaborada por especialistas, com o objetivo de contribuir uma cirurgia segura e minimização de erros e danos, esta lista sendo dividida em três intervalos, o primeiro antes da anestesia, o segundo antes de incisão na pele e por último antes do paciente sair da sala de cirurgia (MOTTA FILHO et al., 2013).

Eventos adversos hospitalares (EAs) são incidentes que envolvem algum tipo de lesão acidental ao paciente no período de internação. Os EAs ocorrem em média em 4-16% do total de internados, em sua maioria relacionada a procedimentos cirúrgicos. Em países em desenvolvimento como o Brasil, o índice de mortalidade relacionado a procedimentos cirúrgicos de grande porte, fica por volta de 5/10% (MOURA; MENDES, 2012).

Em um estudo avaliativo de EAs em três hospitais públicos no estado Rio de Janeiro, identificou-se 7,6% de eventos adversos, destes 34,7% tiveram origem do centro cirúrgico. Estes EAs cirúrgicos contribuindo para um maior gasto de assistência hospitalar, podendo contribuir no prolongamento tempo de internação hospitalar por até 14 dias. Tendo entre um dos fatores de maior contribuição a não adesão aos protocolos, assim tornando-se visível a necessidade e importância de uma avaliação do seguimento de protocolos clínicos e de cirurgia segura, a fim de garantir uma maior qualidade e segurança dos procedimentos cirúrgicos (MOURA; MENDES, 2012).

As infecções de sítio cirúrgico (ISC) destacam-se como uma das mais importantes e perigosas infecções hospitalares, devido ao seu elevado índice de morbidade e mortalidade, sendo que de todas as mortes ligadas à infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), 77% estão associadas à ISC, outro índice alarmante indica que no Brasil 11% de todos os procedimentos cirúrgicos desenvolvem algum tipo de infecção, valendo destacar que o conceito de ISC é a infecção até 30 dias após o ato cirúrgico e no caso de próteses até um ano (CARVALHO et al., 2015).

As ISCs representam um grave problema de saúde pública, no Brasil totalizamos cerca de 14% a 16% de todas as infecções diagnosticadas, destas 93% apresenta certa gravidade. Nos pacientes ortopédicos a ISC pode prolongar o tempo de internação em até duas semanas, duplicar a taxa de rehospitalização e aumentar em mais de 300% os custos gerais, sem contar os riscos de limitações físicas e a redução de qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2013).

As complicações perioperatórias são um risco real para o estado de saúde do paciente submetido a cirurgia, e entre os fatores desencadeadores pode-se citar o tipo de anestesia aplicada, o prognóstico clínico presente e seu estágio de agravo. Os sistemas acometidos por tais complicações são predominantemente, o cardiovascular, respiratório, digestório e urinário. No início do pós-operatório as complicações mais presentes estão ligadas ao sistema respiratório e a partir do sexto dia, as complicações infecciosas. Mas também presentes no perioperatório, riscos para desenvolvimento de broncopneumonia, complicações vasculares, tromboflebite, deiscência de sutura e evisceração. Em um estudo realizado no Distrito Federal, em uma Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional foi

verificado as principais complicações do pós-operatório imediato, foram taquipnéia, vômito, dificuldade de urinar, cefaleia e dor em mais de 70% dos pacientes (SOUZA; FUNEZ, 2013; PORTAL DA EDUCAÇÃO TECNOLOGIA EDUCACIONAL, 2012).

O ambiente cirúrgico hoje é considerado altamente inseguro, com um EA para cada 10.000 procedimentos cirúrgicos, já nos procedimentos ortopédicos a taxa se eleva para alarmantes um EA para cada 100 cirurgias. A taxa de mortalidade cirúrgica atualmente pode ser comparada a da aviação civil com menos de um para cada 1.000.000 de exposições, o que fazdo centro cirúrgico um local perigoso, ao contrario de seu objetivo que seria estabelecer o estado de saúde(MOTTA FILHO et al., 2013).

A enfermagem tem um papel fundamental na prática cirúrgica, de modo a utilizar suas habilidades e conhecimentos para garantir a segurança do paciente, assim como de toda equipe. Deste modo torna-se necessário uma formação de profissionais cada vez mais preparados para tal pratica cirúrgica e que venham a desenvolver e/ou implementar protocolos para os centros cirúrgicos a fim de otimizar o trabalho e evitar ás más práticas da assistência (AFONSO; CARVALHO; OLIVEIRA, 2014).

O estudo teve como objetivo geral avaliar os fatores de risco para complicações perioperatórias relacionadas à segurança do paciente, já como objetivo específico se propôs a analisar os fatores de risco para a infecção de sítio cirúrgico e eventos adversos hospitalares em pacientes submetidos a cirurgias.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal com abordagem exploratória, caraterizado por avaliar uma população previamente definida por variáveis geográficas, temporais entre outrase focado na observação direta de um único momento, com a classificação de uma ou mais variante de uma determinada população. O tipo de estudo apresentou-se mais adequado para delinear características da população, além da exposição destes a determinados eventos.

O estudo foi realizado em um hospital da região do maciço de Baturité, do estado do Ceará. Atualmente, este hospital é referênciapara a macrorregião para o atendimento Traumato-Ortopédico e conta com 56 leitos para atendimentos em geral, uma emergência e um bloco cirúrgico com duas salas de cirurgias, uma sala de recuperação pós-anestésica e uma central de esterilização.

Para participação do estudo o critério de inclusão foi o paciente ser submetido a procedimento cirúrgico e o critério de exclusão foi: pacientes que já apresentem quadro grave de saúde e/ou risco eminente de morte, antes do procedimento cirúrgico. Ao longo da pesquisa sendo acompanhados todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, sem distinção de sexo, idade ou qualquer outra variável,

A equipe do centro cirúrgico é constituída por uma enfermeira diariamente, cinco médicos cirurgiões na modalidade de rodízio, sendo três cirurgiões gerais e dois traumató-ortopédicos, acompanhados de um anestesologista em cada dia e duas técnicas de enfermagem.

Entre as cirurgias realizadas no período da coleta, pode-se citar tratamentos cirúrgicos para fraturas ósseas e rompimentos de tendões, além de colecistectomias, postectomias, apendicectomias, cirurgias para hérnias inguinais e umbilicais, histerectomia entre outras, que totaliza uma média de 62 cirurgias ao mês. Desde modo foi contabilizado 187 sujeitos submetidos a procedimentos cirúrgicos no primeiro trimestre do ano vigente.

A amostra do estudo foi formada por indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos, durante todo o trans-operatório, desde cirurgias traumatológicas a cirurgias gerais. O tamanho da amostra foi definido por meio de cálculo estatístico de amostragem transversal finita e indicou uma amostragem de 98 sujeitos.

A coleta foi realizada nos meses de março e abril do ano vigente, os pacientes foram abordados ainda no leito, e convidados a participarem da pesquisa, após uma breve apresentação do estudo e de seus objetivos. Posteriormente à autorização da pesquisa, foram preenchidos os cabeçalhos dos instrumentos com os dados dos pacientes, em seguida foram observados os itens de avaliação do instrumento de acordo com o período cirúrgico, desde o pré-operatório, passando pelo intra-operatório finalizando no pós-operatório. De modo que as intervenções e cuidados realizados ou não, eram assinaladas no instrumento. Quando havia algum ponto não passivo de observação ou que fugisse aos olhos do pesquisador, eram questionados aos pacientes se tal procedimento e/ou cuidados foi realizado ou não.

Foi utilizado um instrumento desenvolvido com base no checklist construído pela OMS por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, e com base em estudos sobre protocolos de cirurgia segura, como os desenvolvidos

em hospitais específicos (COSTA; SANTOS; NASCIMENTO, 2012; MOTTA FILHO et al., 2013; AMAYA et al., 2015; MONTEIRO et al., 2014).

O instrumento desenvolvido buscou identificar fatores de risco para complicações trans-operatórias relacionadas à segurança do paciente, avaliando a condição do paciente e procedimentos realizados ou não, que possa significar risco de complicações pós-operatórias.

O instrumento de avaliação perioperatória é composto por três partes, a primeira sendo a pré-operatória, passando pelo trans-operatório e finalizando no pós-operatório, antes destas há um cabeçalho para informações do paciente, como nome, nome da mãe, endereço e diagnóstico médico. A primeira parte do instrumento avalia o paciente antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico, julgando diversos itens, como por exemplo, se foi realizado o questionamento quando a comorbidades e queixas, se foi aplicada a escala de Glasgow e se havia pulseira de identificação, já o período intra-operatório avalia a assistência a partir do momento que o paciente entra na sala de cirurgia, avaliando, por exemplo, a confirmação do procedimento e o nome do paciente. Finalizando, a última parte do instrumento avalia o período pós-operatório, que julga os itens a partir do momento da entrada do paciente até sua alta da SRPA.

O preenchimento do instrumento foi realizado acompanhado do paciente, para verificação de todos os procedimentos e/ou condutas realizadas, seu tempo de preenchimento estando de acordo com a duração do procedimento cirúrgicos e todo o trans-operatório.

A organização dos dados se deu por tabelamento por meio do Microsoft Office Excel 2010-Microsoft®, já a análise e processamento dos dados foi realizada através do EpiInfo™ 7.2.1.0. O estudo seguiu os aspectos éticos previstos na resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde com o parecer CAEE: 2.082.567.

3. RESULTADOS

Foram acompanhados 98 pacientes ao longo da pesquisa, tendo sua maior parte do sexo masculino, representado por 64 pacientes (65,3%) e o sexo feminino com 34 (34,7%). De acordo com a Tabela 1, os participantes da pesquisa que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos eram de dez cidades, destas, uma não pertencente ao maciço de Baturité, a cidade de Pindoretama, com percentual de 2%

do tamanho da amostra. Já a cidade de Aracoiaba obteve 34,7% do total de pacientes e logo em seguida a cidade de Baturité com 22,5%.

Tabela 1 – Caracterizações sociodemográficas de pacientes submetidos à cirurgia em um Hospital de referência Trauma-ortopédico da Região do Maciço de Baturité/Ce, 2017.

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	<i>Masculino</i>	64	65,3
	<i>Feminino</i>	34	34,7
Cidade	<i>Aracoiaba</i>	34	34,7
	<i>Aratuba</i>	2	2
	<i>Baturité</i>	22	22,4
	<i>Capistrano</i>	12	12,2
	<i>Itapiúna</i>	5	5,1
	<i>Mulungu</i>	7	7,1
	<i>Redenção</i>	1	1
	<i>Pacoti</i>	11	11,2
	<i>Palmácia</i>	2	2
	<i>Pindoretama</i>	2	2
Estado civil	<i>Casado</i>	82	83,7
	<i>Solteiro</i>	11	11,2
	<i>Viúvo</i>	5	5,1
Raça	<i>Branco</i>	4	4,1
	<i>Pardo</i>	92	93,9
	<i>Negra</i>	2	2
Idade	<i><=18</i>	13	13,3
	<i>>18 e <=30</i>	28	28,6
	<i>>30 e <=50</i>	36	36,7
	<i>>50</i>	21	21,4

*Raça auto referida.

Ainda no que se refere à demografia, a Tabela 1 apresenta que a maioria dos participantes é casada, correspondendo a 83,7%, já os solteiros correspondem a 11,2% e viúvos 5,1%. A raça parda foi a mais auto referida entre os avaliados com 93,9% e 4% se declararam branca e 2% negros.

Finalizando as variáveis demográficas, a menor parte dos participantes tinha idade igual ou inferior a 18 anos, correspondendo a 13,3% e a maior parte com 36,7% já estavam com idade maior que 30 anos e inferior ou igual a 50 anos.

Da totalidade dos 98 procedimentos cirúrgicos, 59 (60,2%) destes foram realizados na data de internação e os demais em dias decorrentes ao da internação. Quanto à avaliação do período pré-operatório nenhum dos leitos do hospital

apresentava identificação do paciente, possuindo apenas o número do leito correspondente. As tricotomias foram realizadas de acordo com o tipo de cirurgia, localização e necessidade, sendo realizado em 67 (68,4%) procedimentos cirúrgicos (Tabela 2).

A pulseira de identificação, na sua avaliação, não foi observada nos pacientes, sendo uma prática insegura da instituição. Foi observado que em 31 (31,63%) procedimentos, os profissionais de saúde não questionaram quanto às comorbidades dos pacientes e 87 (88,8%) pacientes saíram do pré-operatório sem a tipagem sanguínea definida.

Nenhum paciente foi submetido à escala de coma de Glasgow no período pré-operatório e 68 (69,4%) pacientes foram submetidos a procedimentos sem o termo de consentimento assinado. Quanto às queixas dos pacientes antes do ato cirúrgico, apenas 27 (27,6%) dos pacientes foram questionados pelos profissionais. Do total de procedimentos realizados, 84 (85,7%) foram eletivos e 14 (14,3%) foram de urgência.

Ainda na avaliação dos itens relativos ao pré-operatório, a verificação do procedimento cirúrgico indicado, realização de exames laboratoriais e verificação de alergia medicamentosa, apresentaram índices positivos com 100% de realização, além disso, a punção prévia do acesso venoso e a retirada de adornos foram realizadas em todos os pacientes.

Tabela 2: Descrição de itens de verificação relativos à segurança do paciente, no período pré-operatório das cirurgias realizadas em um Hospital de referência Trauma-ortopédico da Região do Maciço de Baturité/Ce, 2017.

Variáveis	Sim	%	Não	%
Cirurgias na data de admissão	59	60,2	39	39,8
Tricotomia	67	68,4	31	31,6
Verificação de comorbidades	67	68,4	31	31,6
Tipagem sanguínea	11	11,2	87	88,8
Teste de equipamentos	80	80,6	18	18,4
Termo de consentimento assinado	30	30,6	68	69,4
Verificação das queixas	27	27,5	71	72,4
Exames radiológicos	87	88,8	11	11,2
Prótese dentária	87	88,8	11	11,2

Na avaliação do intra-operatório, dos 98 pacientes avaliados, sete (7,1%) estavam com o prontuário incompleto, enquanto ao tempo de jejum, 76 (77,6%) pacientes não foram questionados e entraram em cirurgia sem essa confirmação e a

verificação das queixas no intra-operatório ocorreu em apenas 22 (22,4%) procedimentos.

Apesar de confirmação do procedimento e do local da incisão ter sido confirmado em 100% dos procedimentos, a confirmação do nome do paciente apresentou valores baixos, não sendo realizada em 60 (61,2%) pacientes. Já a limpeza da sala cirúrgica não ocorreu em 18 (18,4%) procedimentos, ocasionando cirurgias que se sucederam sem a higienização do local.

Foi avaliada no instrumento a permanência dos anestesiológicos em sala ao longo do procedimento, obtendo-se um resultado preocupante, de modo que em 69 (70,4%) procedimentos os anestesiológicos se retiravam da sala de cirurgia após a indução anestésica ou ao longo do procedimento, tendo um acompanhamento integral dos anestesiológicos em apenas 29 (29,6%) procedimentos. Já a manutenção anestésica dos pacientes não se manteve em cinco (5,1%) procedimentos, necessitando de novas doses de anestésicos ao decorrer da cirurgia.

A antibioticoprofilaxia foi realizada em todos os pacientes, seguido disto a confirmação do procedimento, a contagem do instrumental, contagem das compressas e confirmação do local do procedimento foram realizadas em 100% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Além destes, a degermação e antisepsia do campo e a anexação da placa dispersiva foram realizados em todos os pacientes, enquanto isso nenhum paciente foi intubado ou passou por séria intercorrência cirúrgica que levasse risco a vida.

Finalizado o período pós-operatório, a escala de Glasgow e a escala de Aldrete-Kroulik não foram aplicadas em nenhum paciente, este representando um dado bastante insatisfatório. Quanto às queixas, diferente do período pré-operatório, se obteve um número de 78 (79,6%) pacientes questionados quanto ao seu estado de saúde e como se sentiam.

O balanço hídrico não foi realizado em nenhum paciente, já os sinais de choque foram verificados em 78 (79,6%) pacientes. Por fim, 69 (70,6%) procedimentos foram realizados sob indução anestésica por raquimedular e 20 (20,4%) por meio do bloqueio do plexo braquial.

Tabela 3. Relação do tipo de cirurgia e itens de verificação correspondente à cirurgia segura no transoperatório em um Hospital de referência Trauma-ortopédico da Região do Maciço de Baturité/Ce, 2017.

Variáveis		Tipos das cirurgias			P
		Eletiva	Urgência	Total	
Tricotomia	Sim	59 (88,06%)	8 (11,94%)	67 (100%)	0,329
	Não	25 (80,65%)	6 (19,35%)	31 (100%)	
Verificação das Comorbidades	Sim	58 (86,57%)	9 (13,43%)	67 (100%)	0,722
	Não	26 (83,87%)	5 (16,13%)	31 (100%)	
Teste dos equipamentos	Sim	68 (85%)	12 (15,00%)	80 (100%)	0,957
	Não	16 (88,89%)	2 (11,11%)	18 (100%)	
Termo de consentimento	Sim	24 (80,00%)	6 (20,00%)	30 (100%)	0,282
	Não	60 (88,24%)	8 (11,76%)	68 (100%)	
Verificação das queixas no pré-operatório	Sim	18 (66,67%)	9 (33,33%)	27 (100%)	<0,001
	Não	66 (92,96%)	5 (7,04%)	71 (100%)	
Confirmação do tempo de jejum	Sim	20 (90,91%)	2 (9,09%)	22 (100%)	0,656
	Não	64 (84,21%)	12 (15,79%)	76 (100%)	
Verificação das queixas no intra-operatório	Sim	17 (77,27%)	5 (22,73%)	22 (100%)	0,198
	Não	67 (88,16%)	9 (11,84%)	76 (100%)	
Confirmação do nome do paciente	Sim	33 (86,84%)	5 (13,16%)	38 (100%)	0,799
	Não	51 (85,00%)	9 (15,00%)	60 (100%)	
Realizada de limpeza da sala de cirurgia	Sim	70 (87,50%)	10 (12,50%)	80 (100%)	0,488
	Não	14 (77,78%)	4 (22,22%)	18 (100%)	
Anestesiologista em sala	Sim	26 (89,66%)	3 (10,34%)	29 (100%)	0,684
	Não	58 (84,06%)	11 (15,94%)	69 (100%)	
Manutenção da anestesia do paciente	Sim	80 (86,02%)	13 (13,98%)	93 (100%)	1,000
	Não	4(80,00%)	1 (20,00%)	5(100%)	
Verificação das queixas no pós-operatório	Sim	67 (85,90%)	11 (14,10%)	78 (100%)	1,000
	Não	17 (85,00%)	3 (15,00%)	20 (100%)	
Sinais de choque	Sim	67 (85,90%)	11 (14,10%)	78 (100%)	1,000
	Não	17 (85,00%)	3 (15,00%)	20 (100%)	

A tabela 3, traz uma tabulação entre os tipos de cirurgia eletiva e de urgência relacionada com diversos variáveis avaliadas nos três períodos cirúrgicos, tornando evidente que a não verificação das comorbidades dos pacientes ocorreram 83,87% em cirurgias eletivas e 16,13% em cirurgias de urgência, já a verificação das queixas ocorreu em 33,33% nas cirurgias de urgência e a sua não verificação ocorreu em apenas 7,04% das cirurgias de urgência.

A não confirmação do tempo de jejum ocorreu em 84,21% nos procedimentos eletivos e 15,79 nos de urgência e a realização da limpeza da sala cirurgia ocorreu em 10 das 14 cirurgias de urgência, por fim de todas os procedimentos de urgência 11 não estavam com o anestesiolista ao longo de todo procedimento (Tabela 3).

4. DISCUSSÃO

De acordo com a tabela 1, a maior parte dos pacientes atendidos foi do sexo masculino, correspondendo a 65,3%, podendo ser justificado pelo fato do hospital ser referência local no serviço Traumato-Ortopédico. Na maioria das vezes esses serviços estão ligados ao atendimento de acidentes automobilísticos e em sua maioria com indivíduos do sexo masculino (SOARES et al., 2015; FRANCO et al., 2015).

O fato das cidades de Aracoíaba e Baturité corresponderem juntas a 57,1% de todos os procedimentos cirúrgicos realizados na região ocorre devido a estas terem as maiores populações entre as cidades da área de cobertura do hospital (BRASIL, 2010).

A identificação do paciente no ambiente hospitalar é um problema em outras instituições, como aponta um estudo realizado no sul do Brasil, onde verificou que dos 1068 pacientes avaliados nenhum apresentou identificação no leito, deste modo, assim como na atual pesquisa a instituição de saúde não incorpora tal prática de segurança do paciente em sua rotina, mas no que se refere às pulseiras de identificação dos pacientes, mostrou-se presente em 76,6% dos pacientes avaliados (TRES et al., 2016).

A identificação no leito do paciente e a pulseira de identificação apresentaram resultados alarmantes, não presentes em nenhum dos pacientes avaliados, aliado a estes dados a confirmação do nome do paciente não foi realizada em mais de 50% dos procedimentos. De acordo com as recomendações internacionais de segurança do paciente, a identificação no leito e a pulseira de identificação são ações claras em medidas e protocolos de segurança do paciente, mas são negligenciadas por uma falsa ideia de que uma simples pulseira ou identificação no leito não lhe conferem segurança visto que os profissionais de saúde necessita confirmar a identificação, mas na realidade esta seria uma ferramenta a mais para a garantia de segurança do paciente (TRES et al., 2016; SANTOS; SODER, 2014).

De acordo com dados da National Patient Safety Agency (NPSA) da Inglaterra, de fevereiro de 2006 e janeiro de 2007, houve 24.382 relatórios que relataram falhas no processo de segurança do paciente, e destes por volta de 2.900 estavam relacionados às pulseiras de identificação, sendo pela falha de suas informações ou

sua ausência, desse modo a sua não utilização acarreta diversos riscos para a segurança do paciente (HEMESATH et al., 2015).

Em pouco mais de 30% dos procedimentos realizados, não foram questionada as comorbidades dos pacientes. Associado a isto, os valores referentes à verificação das queixas dos pacientes, apresentaram-se negativos, tanto no pré-operatório quanto no intra-operatório, de modo que em ambos não foram verificados em mais de 70% dos procedimentos. Vale destacar que há uma concordância entre estudos que a avaliação física e emocional é função do enfermeiro do centro cirúrgico, ficando claro que a avaliação das comorbidades dos pacientes é de sua responsabilidade tendo repercussão direta em riscos para complicações ainda no intra-operatório(SOUZA; PASSOS, 2016; CARVALHO; CAMPOS, 2016).

As escalas de coma de Glasgow eAldrete-Kroulik são amplamente utilizadas em meio hospitalar, ambas permitindo um acompanhamento integral do paciente cirúrgico, alicerçando intervenções. Ambas não foram aplicadas em nenhum dos pacientes avaliados. Estudos comprovam que a baixa adesão à escalade coma de Glasgow esta ligada a uma deficiência de informação sobre a mesma, desta forma impossibilitando uma atenção especializada do nível de consciência, por sua vez interferindo na qualidade da assistência e na segurança do paciente (SANTOS et al., 2016).

A alta do paciente sem o devido uso da escala de Aldrete-Kroulik ou método específico, acarreta em um aumento da morbidade dos procedimentos cirúrgicos, além da elevação de custos do hospital por uso inadequado da SRPA, de modo que a permanência prolongada na SRPA, evita a utilização de outros pacientes e uma serie de custos, cabendo a iniciativa de inclusão da escala não apenas da enfermagem, mas também da direção hospitalar. Estudos comprovam que existe diferença bastante significativa entre o tempo real de alta, estabelecidos pela escala e o tempo estabelecido pelo anestesiolegista(SCHMITT; LACERDA, 2015).

Estudos confirmam que a falta e/ou troca de informações do prontuário, associado a uma comunicação deficiente da equipe, geram diversos riscos e consequentemente danos à saúde do paciente, interferindo no reestabelecimento de sua plena condição de saúde. Esta situação ao longo da internação hospitalar já apresenta grandes riscos, mas quando relacionada a procedimentos cirúrgicos as possibilidades de danos ao paciente se multiplicam, o que reforça ainda mais a

necessidade de uma atenção especial por parte de toda equipe e principalmente do enfermeiro (MACENA; ZEFERINO; ALMEIDA, 2014; VOLPE et al., 2016).

A antibioticoprofilaxia cirúrgica foi realizada em 100% dos pacientes, desta forma diminuindo os riscos de infecção pós-operatória, além da morbidade e letalidade dos procedimentos cirúrgicos. Um estudo realizado em um hospital universitário público de grande porte de Belo Horizonte, verificou que a antibioticoprofilaxia cirúrgica foi realizada em mais de 70% dos pacientes, em outra pesquisa realizada em um hospital de 200 leitos, na cidade de São Paulo, constatou-se uma diminuição expressiva do número de infecções pós-operatórias, devido ao envolvimento das enfermeiras no processo de adesão a antibioticoprofilaxia, com um acréscimo de 25% para 100%. Portanto, se firmando como uma estratégia de segurança do paciente e de fundamental participação do enfermeiro (SCHMITT; LACERDA, 2015; OLIVEIRA; GAMA, 2015).

A verificação do jejum não foi realizada em mais de 70% dos pacientes, de modo que estes entraram em procedimento cirúrgico sem sua devida confirmação. A broncoaspiração é rara, mas se faz necessário diversos cuidados para que continue sendo evitada, não necessariamente exigindo um longo período de jejum, de modo que protocolos de jejum pré-operatório indicam períodos mais curtos de jejum, tolerando o jejum de três a duas horas após ingestão de líquidos claros ou bebidas com carboidratos. Isto sem causar nenhum acréscimo no número de aspirações pulmonares trans-operatórias (LUDWIG et al., 2013; SANTOS; NASCIMENTO, 2012).

O seguimento do jejum antes do procedimento cirúrgico é uma ação que confere segurança ao procedimento, mas o prolongamento desse período por várias horas pode acabar dificultando a recuperação pós-operatória. O instrumento não avaliou a duração do jejum, mas tornou-se perceptível que a orientação médica padrão para cirurgias eletivas era de jejum de 8 horas. Em um estudo realizado no Brasil, foi verificado o estado nutricional dos pacientes, onde 30 a 50 % dos pacientes cirúrgicos apresentaram algum grau de desnutrição, além de que os pacientes mais bem nutridos tiveram um período de internação inferior, quando comparados aos que estão moderadamente desnutridos ou desnutridos. A nutrição do paciente cirúrgico torna-se assim um tópico que vale ser discutido por ser um dos

elementos que mais tem influência em sua recuperação cirúrgica (BAZZI et al., 2016; COSTA; SANTOS; NASCIMENTO, 2012).

Dentre os resultados do estudo, um dos que se revelou mais importantes e crítico é a não permanência do anestesiolegista em sala cirúrgica ao decorrer do procedimento, de modo que em 69 procedimentos o anestesiolegista se retirou da sala de cirurgia após a indução anestésica ou ao longo do procedimento. Estudos apontam a avaliação contínua do profissional Anestesiolegista com foco na verificação de sinais vitais, estado hemodinâmico e neurológico. A avaliação neurofisiológica aponta-se como um cuidado para evitar complicações no pós-operatório, bem como as avaliações prévias que foram realizadas em situações de cirurgias especiais (SOUSA et al., 2016; OMS, 2009).

Houve significância estatística na relação entre a verificação das queixas no pré-operatório e as cirurgias eletivas e de urgência ($p < 0,001$), de modo que das queixas verificadas, 33,33% ocorreram nos procedimentos de urgência e das não verificadas em mais de 90% incidiu em procedimentos eletivos. Isso aponta elevado risco para pacientes com procedimentos eletivos e com queixas a serem questionadas para intervenções pela equipe de saúde. A verificação das queixas do paciente pode ser considerada uma atribuição da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), tendo em que vista que busca identificar diversos fatores de risco relacionados à cirurgia de modo a deixar a equipe preparada para eventuais complicações. Um estudo realizado em um Hospital de Santa Catarina, em que a SAEP foi implantada em seu serviço, os enfermeiros afirmaram que a SAEP direcionou o cuidado, possibilitando um conhecimento do estado de saúde do paciente e por sua vez auxiliando na continuidade da assistência e na segurança do paciente (ADAMY; TOSATTI, 2012; MACENA; ZEFERINO; ALMEIDA, 2014; MELO; NUNES; VIANA, 2014).

As informações de correlação de itens de verificação no transoperatório com o tipo de cirurgia não apontou significância estatística na maioria das variáveis analisadas, contudo ressalta-se em um estudo semelhante em dois hospitais de ensino do nordeste, onde itens de verificação do transoperatório foram comparados com um hospital geral e uma maternidade, apresentando quatro correlações, destas apenas o item de eventos críticos anestésicos se apresentou semelhante aos dados desta pesquisa, outros itens também usados na atual pesquisa, também não

apresentaram relevância como o caso da confirmação de dados do paciente pela equipe (FREITAS et al., 2014).

A limpeza da sala de cirurgia foi realizada em mais de 80% dos procedimentos, contudo a ausência da limpeza ocorreu em situações eletivas e de urgência, fato preocupante tendo em vista o tempo de preparo da equipe. Essa realidade também foi identificada em hospital de ensino de Goiânia apresentou resultados semelhantes aos achados nesta pesquisa de modo que 87,5% dos procedimentos em geral também não obtiveram uma limpeza prévia da sala de cirurgia (BARRETO et al., 2011).

5. CONCLUSÃO

A pesquisa identificou a fragilidade do hospital no que se refere à segurança do paciente cirúrgico e a necessidade de implementar medidas para reverter os resultados encontrados na pesquisa. Apesar de nenhum dano sério à saúde ter sido identificado, durante o período da pesquisa, contudo a avaliação posterior de agravos poderá identificar prejuízos a saúde ainda não verificados.

A pesquisa identificou falhas no processo de enfermagem, de modo que muitas das ações não realizadas são de responsabilidade do enfermeiro, principalmente para implementação de protocolos de verificação de segurança do paciente. Contudo, vale destacar que a antibioticoprofilaxia foi realizada em todos os pacientes, conferindo a estes uma proteção contra infecções pós-operatórias. A incorporação de mudanças em qualquer instituição requer tempo e pro-atividade de seus gestores. Muitos dos itens verificados são ações necessárias para uma assistência segura, independente dos protocolos de recomendação internacional de segurança do paciente.

Além de tudo, os resultados da pesquisa constataam a necessidade de uma educação continuada relacionada à segurança do paciente, para os profissionais possam entender que algumas de suas atitudes põem em risco os pacientes, além disso, estimular uma comunicação mais eficiente da equipe e delegar funções para a equipe de enfermagem, pois muitos dos resultados negativos podem estar ligados a isto, de modo que uma determinada função sem definição de executor permanece sem execução ate ser delegado uma pessoa para tal função.

Os fatores de risco para complicações pós-operatórias foram identificados ao longo dos três períodos operatórios, sendo pontos críticos a ausência da pulseira de identificação, falta da confirmação do jejum e ou comorbidades, não permanência do anestesiológico na sala de cirurgia e a alta do paciente da SRPA sem o uso da escala de Aldrete-Kroulik. As limitações do estudo concentram-se na avaliação pós-operatória tardia para identificação de eventos adversos decorrentes da cirurgia e a avaliação de aspectos clínicos que reforçariam a necessidade da avaliação clínica dos profissionais envolvidos na assistência para minimização de riscos.

6. REFERÊNCIAS

1. ADAMY, E.K.; TOSATTI, M. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p.300-310, ago. 2012.
2. AFONSO, F.I.S.; CARVALHO, M.S.L.E.; OLIVEIRA, L.M.N. O Papel do enfermeiro na prevenção de complicações associadas à prática de eletrocirurgia. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, v. 2, n. 9, p.76-80, nov. 2014.
3. AMAYA, M.R.; MAZIERO, E.C.S.;GRITTEML.; ALMEIDA, E.D. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p.246-251, jun. 2015.
4. BARRETO, R. A. S.; VILEFORT, L. O. R., SOUZA, A. C. S.; PALOS, M.A. P.; BARBOSA, M. A.; BORGES, V. P. F. N. Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p.269-275, jun. 2011.
5. BAZZI, Nicole Bento; LEAL, V.; JÚNIOR, H. F. L.; SANTOS, J. M.; FERREIRA, M. G.; ZENI, L. A. Z. R. Estado nutricional e tempo de jejum em pacientes submetidos a cirurgias colorretais eletivas. **Revista de Nutrição Clínica y Dietética Hospitalaria**, Madrid, v. 2, n. 36, p.103-110, jun. 2016.
6. BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 172 p.
7. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=23&search=ceara>>. Acesso em: 17 maio 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Disponível em:

- <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/index.php?option=com_content&view=article&id=28202&catid=1243&Itemid=187>. Acesso em: 16 maio 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Riscos e Benefícios em Pesquisa**. Disponível em: <https://www.academia.edu/5679398/12_riscos_e_beneficios>. Acesso em: 26 out. 2016.
 10. BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Duque de Caxias, v. 6, n. 1, p.01-09, jun. 2012.
 11. BUSH, S. H.; APTE, S. M. Robotic-Assisted Surgery in Gynecological Oncology. **CancerControlJournal**, Tampa, v. 22, n. 3, p.307-313, jun. 2015.
 12. CARVALHO, T. A.; CAMPOS, M. P. A. **Riscos e complicações associadas à infecção do sítio cirúrgico: um estudo de coorte**. 2016. 54 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2016.
 13. CARVALHO, V. M.; ANDRADE, D. F. R.; CRUZ, M. P.; MOURA, M. E. B.; BATISTA, O. M. A.; SOUSA, M. A. S. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 3, n. 8, p.1-11, set. 2015.
 14. COSTA, J. A. B.; HERMIDA, P.M. V. **Elaboração de um instrumento de registro para admissão das vítimas de trauma na emergência hospitalar**. 2014. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
 15. COSTA, H. C. B. A. L.; SANTOS, R. L.; NASCIMENTO, J. E. A. Resultados clínicos antes e após a implantação do protocolo ACERTO. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 40, p.174-179, set. 2012.
 16. FERRAZ, E. M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 36, p.281-282, jun. 2009.
 17. FRANCO, M. S. P.; LINS, A. C. L.; LIMA, A. K. M. M. N.; ARAÚJO, T. L. C.; AMARAL, R. C. Caracterização de pacientes vítimas de acidentes de trânsito admitidos em hospital regional da Paraíba. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 2, n. 8, p.123-129, maio 2015.
 18. FREITAS, M. R.; ANTUNES, A. G.; LOPES, B. N. A.; FERNANDES, F. C.; MONTE, L. C.; GAMA, Z. A. S. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 30, p.137-148, jan. 2014.

19. HEMESATH, M. P.; SANTOS, H. B.; TORELLY, E. M. S.; BARBOSA, A. S.; MAGALHÃES, A. M. M. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 36, p.43-48, dez. 2015.
20. INSTITUTO DE PATOLOGIA DA COLUNA. (Brasil). **Cirurgia Minimamente Invasiva**. 2016. Disponível em: <<http://patologiadacoluna.com.br/cirurgia-minimamente-invasiva/>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
21. LOUREIRO, M. P.; CLAUS, C. M.; BONIN, E. A.; FILHO, A. C.; DANIELSON, D.; TRAUZINSKI, P.; SWANSTROM, L. Desempenho profissional, em longo prazo, dos egressos do programa de pós graduação em cirurgia minimamente invasiva. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 42, p.130-135, maio 2014.
22. LUDWIG, R. B.; PALUDO, J.; FERNANDES, D.; SCHERER, F. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 1, n. 26, p.54-58, abr. 2013.
23. MACENA, M. D. A.; ZEFERINO, M. G. M.; ALMEIDA, D. A. Assistência do Enfermeiro aos pacientes em recuperação Pós Cirúrgica: cuidados imediatos. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, São Sebastião do Paraíso, v. 4, n. 1, p.133-151, jul. 2014.
24. MELO, D. F. F.; NUNES, T. A. S.; VIANA, M. R. P. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 2, p.36-44, jun. 2014
25. MONTEIRO, E. L.; MELO, C. L.; AMARAL, T. L. M.; PRADO, P. R. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. **Revista Sobecc**, São Paulo, p.99-1999, fev. 2014.
26. MOTTA FILHO, G. R.; SILVA, L. F. N.; FERRACINI, A. M.; BÄHR, G. L. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 6, n. 48, p.554-562, jul. 2013.
27. MOURA, A. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 15, p.523-535, fev. 2012.
28. OLIVEIRA, A. C.; GAMA, C. S. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 5, n. 49, p.767-774, jul. 2015.
29. OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p.216-220, dez. 2012.

30. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Suíça). **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009**. Genebra, 2009. 196 p.
31. PORTAL DA EDUCAÇÃO TECNOLOGIA EDUCACIONAL (Brasil) (Comp.). **Pós-operatório imediato**. 2012. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/complicacoes-no-pos-operatorio-mediato-ou-tardio/23163>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
32. RIBEIRO, J. C.; SANTOS, C. B.; BELLUSSE, G. C.; REZENDEI, V. F.; GALVÃO, C. M. Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 26, p.353-359, set. 2.
33. SANTOS, D. S.; SODER, R. M. **Segurança do paciente: implantação de pulseiras de identificação na uti adulto**. 2014. 32 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
34. SANTOS, W. C.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 2, n. 14, p.213-118, maio 2016.
35. SCHMITT, C.; LACERDA, R. A. **Características e iniciativas institucionais que aprimoram as práticas de uso de antibioticoprofilaxia cirúrgica**. 2015. 240 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
36. SOARES, L. S.; SOUSA, D. A. C. M.; MACHADO, A. L. G.; SILVA, G. R. F. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p.115-121, fev. 2015.
37. SOUZA, L. R. N.; PASSOS, N. C. R. **Protocolo operacional padrão na admissão do paciente em unidade de centro cirúrgico**. 2016. 46 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2016.
38. SOUZA, R. P.; FUNEZ, M. I. **CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA**. 2013. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013.
39. SOUZA, R. L.; FERREIRA, L. C.; FARIA, J. P. G.; MENEZES, T. M. Avaliação e manejo anestésico em situações especiais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 7, p.38-44, jun. 2016.
40. TRES, D. P.; OLIVEIRA, J. L. C.; VITURI, D. W.; ALVES, S. R. D. F.; RIGO, H.; NICOLA, A. L. Qualidade da assistência e segurança do paciente:

avaliação por indicadores. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p.01-08, jul. 2016.

- 41.VOLPE, C. R. G.; MELO, E. M. M.;AGUIAR, L. B.; PINHO, D. L. M.; STIVAL, M. M.Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p.1-9, 2016.
- 42.VOLQUIND, D.; FELLINI, R. T.; SCHNOR, O. H.; FLORES, R. G.;LONDERO, B. B.Influência da escala de aldrete e kroulik nas estratégias de gestão da sala de recuperação pós-anestésica. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p.99-104, mar. 2014.

7. INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO TRANS-OPERATÓRIA

PACIENTE:		LEITO:
NOME DA MÃE:		SEXO:
ENDEREÇO:		
DATA DE NASCIMENTO:	ADMISSÃO:	OCUPAÇÃO:
COR DA PELE:	ESCOLARIDADE:	
DIAG. MÉDICO:		ESTADO CIVIL:
PROC. CIRURGICO:		

PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO NO LEITO DO PACIENTE:() S () N		TRICOTOMIA:() S () N	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:() S () N		COMORBIDADES:	TIPO SANGUÍNEO:
TESTE DOS EQUIPAMENTOS:	ESCALA DE GLASGOW:	ACESSO VENOSO: () S () N	
TERMO DE CONSETIMENTO:	RETIRADA DE ADORNOS:() S () N		QUEIXAS:
EXAMES RADIOLÓGICOS:() S () N		ALERGIA MEDICAMENTOS:	
PROTÉSES DENTÁRIAS:		PROCEDIMENTO CIRURGICO INDICADO:	
CARATER DA CIRURGIA:() ELETIVA () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA			
EXAMES LABORATORIAIS: () HB () HT () TAP () TTPA () INR OUTROS:			

INTRA-OPERATÓRIO

PRONTUARIO COMPLETO:	ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO:() S () N	TEMPO DE JEJUM:
CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO:	CONTAGEM DO INSTRUMENTAL:	QUEIXAS:
CONTAGEM DAS COMPRESSAS AO INICIO:	CONFIRMAÇÃO DO NOME DO PACIENTE:	
CONFIRMAÇÃO DO LOCAL DO PROCEDIMENTO:	CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO:	
DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO:() S () N		ESCALA DE GLASGOW:
ANEXAÇÃO DA PLACA DISPERSIVA:() S () N	CONDIÇÕES DE LIMPEZA DA SALA:	
LOCAL DA INCISÃO:	PACIENTE INTUBADO: () S () N	
TEMPO CIRURGICO: INICIO: TERMINO:	INTERCORRÊNCIA CIRURG.:() S () N	
ANESTESISTA NA SALA:() S () N	MANUNTENÇÃO DA ANESTESIA NO PCT:() S () N	

PÓS-OPERATÓRIO

ESCALA DE GLASGOW:	ESCALA DE ALDRETE-KROULIK:	QUEIXAS:
BALANÇO HIDRICO:	COMUNICAÇÃO QUANTO A DRENOS:	SINAIS DE CHOQUE:
TEMPO DE EXTUBAÇÃO:	DESCREVA O TIPO DE ANESTESIA:	
DESCREVA AS CONDIÇÕES DO CURATIVO:		

* Os campos em brancos devem ser preenchidos com V (verificado), NV (não verificado) ou NA (não se aplica), e quando houver: () S e () N, marque X em () S se sim, ou X em () N se não. Em caso de observações adicione no espaço do item, * seguido do numeral a parti de 1, sucessivamente (Ex. *1 *2 *3...), correlacionado no espaço das observações.