
Cirurgias seguras salvam vidas: aplicação e avaliação do Checklist sugerido pela OMS em cirurgias infantis de um Hospital Escola
Safe surgery saves lives: implementation and evaluation of the checklist suggested by the OMS in children's surgery a Teaching Hospital

BRUNA PEGORER SANTOS¹
ELIANA MARA BRAGA²
IVANA REGINA GONÇALVES³

RESUMO: A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” com o objetivo de minimizar danos aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Neste estudo tivemos como objetivo aplicar o checklist proposto pela campanha, em cirurgias infantis de um hospital público e de ensino no interior do estado de São Paulo. Por meio das respostas fornecidas pelos indivíduos da equipe cirúrgica, tivemos a oportunidade de conhecer as facilidades, que são preenchimento rápido e fácil, objetividade e facilitador da assistência; dificuldades, como falta de tempo para o preenchimento pela equipe de enfermagem e insegurança. Assim, com a possibilidade da aplicação deste protocolo considerou-se a melhoria nas relações interpessoais e a qualidade no trabalho, proporcionando melhor assistência ao paciente.

Palavras-chave: Assistência ao paciente; Comunicação; Salas cirúrgicas; Segurança; Relações interpessoais.

ABSTRACT: The World Health Organization (WHO) has created a program “Safe Surgery Saves Lives”, focusing on reduce and minimize life threatening or cause serious risk to health for patients submitted to a surgery. This primary goal for this presented study is to apply the checklist for children’s surgery in a public university hospital, located in

¹Enfermeira. Aluna da Especialização em Docência da UNINGÁ unidade de Botucatu-SP. Bruna Pegorer Santos. Av Professor Raphael Laurindo, nº1015 Jd. Paraíso CEP 18610-302 Botucatu-SP. E-mail santosbp.enf@gmail.com

²Professora Doutora da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-UNESP- Departamento de Enfermagem-FMB-Botucatu-SP.

³Mestre em Saúde Coletiva pela FMB-UNESP, Professora do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Jaú e Faculdade Sudoeste Paulista de Avaré.

the countryside of São Paulo State, Brazil. Having the responses from professionals surgery's team, there is an opportunity for evaluation of the features and easiest parts, which are filled in a quickly and in a easy way; focus, supporting and assistance; issues, such as lack of time for filling in. In this way, we consider viability of application of this protocol considering the improvement of the cross functions relationship, and quality of services, providing better assistance and support to the patient.

Key-words: Communication; Patient support; Personal relationship; Safety; Surgery room.

INTRODUÇÃO

Em outubro do ano de 2004 a OMS (Organização Mundial de Saúde) lançou a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, que visa à conscientização para melhora da segurança dos cuidados, e o desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde. Assim, a The Joint Commission, a importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu ramo internacional, Joint Commission International (JCI), foram designadas como Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente” (OMS, 2008a; ZAMBON, 2009b).

Desta maneira, anualmente são lançados novos programas nas diferentes áreas de trabalho. A área 1, nomeada “Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente (Global Patient Safety Challenges)” pretende identificar os itens mais significativos do risco à segurança do paciente, sendo subdividida em três frentes que compreendem: objetivos, pactuação por parte dos países e diretrizes de implementação para auxiliar os governos a alcançar os objetivos (OMS, 2008a; ZAMBON, 2009a).

As frentes de trabalho:

Cuidado limpo é Cuidado Seguro, lançada e implantada nos anos de 2005 e 2006, foi o primeiro programa, objetiva evitar infecções relacionadas ao cuidado e manuseio, a prioridade para os países é reduzir as infecções e testar a diretriz da OMS para a “Higienização das Mãos no Cuidado à Saúde”, foi o 1º Desafio Mundial para Segurança do Paciente cujos cinco elementos são:

- a. Segurança dos hemoderivados e seu uso.
- b. Segurança no uso de injetáveis e na imunização.
- c. Procedimentos clínicos seguros.

d. Segurança na qualidade e disponibilidade de água e gerenciamento de resíduos no cuidado à saúde.

e. Higienização das mãos

Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives) implementado em 2007 e 2008 pretende reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS, especialistas prepararam um checklist (Anexo I) composto de 3 partes, sendo elas:

- **Identificação** (antes da indução anestésica), onde se verifica verbalmente a identidade do paciente, o procedimento e o local da cirurgia, e se o consentimento para a cirurgia foi dado. O coordenador observa se o lado correto da cirurgia foi de alguma forma, sinalizado, e confere se o oxímetro de pulso foi colocado corretamente no paciente e está funcionando. Rever também, verbalmente, com a equipe de anestesia se o paciente possui vias aéreas de difícil acesso, risco de perda sanguínea ou de reação alérgica para garantir segurança na anestesia. O ideal seria que o cirurgião estivesse presente nesta fase, já que esse pode ter uma idéia mais clara sobre os fatores complicadores, contudo, a presença do cirurgião não é essencial para completar esta parte do Checklist.

- **Confirmação** (antes da incisão na pele), todos em sala se apresentam (nome e função); esta etapa pode ser suprimida caso todos se conheçam, há a confirmação em voz alta da identidade do paciente, qual o procedimento e qual parte do corpo será operada. Em seguida, o cirurgião, o anesthesiologista e o membro da equipe de enfermagem, verbalmente, revisarão os pontos críticos para a cirurgia fazendo uso do checklist e confirmando o uso profilático de antibióticos nos últimos 60 minutos, além disso, certificam-se que os exames de imagem estão disponíveis.

- **Registro** (antes do paciente sair da sala cirúrgica), em conjunto a equipe analisa o procedimento, contam-se as compressas e instrumentos, rotulam-se as peças anatômicas ou outras amostras obtidas, checam-se informações sobre quaisquer danos nos equipamentos, assim como outros problemas a serem resolvidos. E finalizam traçando os planos de cuidados em relação ao pós-operatório, antes do encaminhamento do paciente à sala de recuperação anestésica.

Enfrentando a Resistência Microbiana (*Tackling Antimicrobial Resistance*) – programa que teve início em 2009 e foi lançado em 2010 (OMS, 2008; PROQUALIS, 2009).

Ainda nessa mesma perspectiva, existem outras 11 grandes áreas de atuação, como por exemplo: pacientes envolvidos no próprio cuidado; pesquisa para segurança; taxonomia; relato e aprendizagem, entre outras (OMS, 2008; PROQUALIS, 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. Estima-se que metade das cirurgias realizadas acarreta complicações e morte, e 50% dessas ocorrências seriam evitáveis (PROQUALIS, 2009).

Verifica-se que a evolução científica foi gigantesca nos últimos 50 anos e estima-se que muito há por vir até o fim do século. A comunidade científica detém o conhecimento, mas será que toda a população aproveita deste progresso? Dados coletados pela OMS no ano de 2008 mostram o número total de 234 milhões de cirurgias pelo mundo, sendo que, cerca de 7 milhões de pessoas enfrentam complicações provenientes de cirurgias; é inadmissível permitir que pessoas sofram, tapar os olhos diante dos custos de internações prolongadas e não utilizar de fato toda a sabedoria adquirida com a evolução. Isso levou a OMS e a Universidade de Harvard a iniciar um programa para reduzir essa questão de saúde pública (OMS, 2008; FERRAZ, 2009).

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, 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).

Os resultados preliminares de uma avaliação em oito instituições pilotos no mundo (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA), mostram 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% (FERRAZ, 2009; ZAMBON, 2010b). A iniciativa “Cirurgia Segura Salva Vidas” colabora com mais de 200 entidades entre Ministérios de Saúde, sociedades médicas nacionais e internacionais e as organizações profissionais para reduzir a morbidade, mortalidade e as complicações no ato cirúrgico (SALLES; CARRARA, 2009; ZAMBON, 2010a).

No Brasil, até meados do ano de 2010, 11 hospitais já adotavam a prática (que é exigida pela Join Commission International para acreditação do serviço de saúde). O Ministério da Saúde em conjunto com a ANVISA e a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) trabalham no preparo de uma cartilha com as recomendações de rotinas a se implantar para garantir a segurança nas cirurgias realizadas no país, a ser distribuída às instituições, e os dados encontrados podem e devem ser utilizados por auditorias internas ou ainda permanentemente como meio de avaliação do serviço (SALLES; CARRARA, 2009; ANVISA, 2010).

Os objetivos essenciais estabelecidos pela OMS são:

1. Realizar o procedimento correto no paciente certo no local certo.
2. Proteger o paciente da dor por meio de anestésico administrado de maneira correta e conhecida.
3. Reconhecer e preparar-se quanto ao risco para via aérea difícil.
4. Reconhecer e preparar-se para existência de risco de perdas sanguíneas.
5. Estar preparado para riscos de reações alérgicas.
6. Minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico com meios conhecidos.
7. Checar instrumentais e compressas para evitar esquecimento dentro do paciente.
8. Identificar os espécimes cirúrgicos de forma segura.
9. Garantir uma comunicação eficaz durante a cirurgia.
10. Vigiar constantemente o número de procedimentos e analisar os resultados obtidos nas instituições de saúde.

Observa-se que os quatro maiores problemas enfrentados para realização de um procedimento cirúrgico seguro são: assumir que existe um problema na segurança da cirurgia, a escassez de dados relacionados à mortalidade e eventos adversos em procedimentos cirúrgicos, principalmente, em relação à falta de padronização dos registros, o fato de nenhum país realizar, de forma consciente, nenhuma prática segura em cirurgia e a alta complexidade em estabelecer e manter a segurança. A maneira mais promissora de enfrentar estas adversidades é criando o senso de equipe entre todos os profissionais, distribuindo responsabilidades e aumentando a atenção ao paciente e assim, sua segurança (SALLES; CARRARA, 2009).

Os objetivos da OMS com a campanha são diminuir a morbimortalidade em pacientes cirúrgicos dando às equipes cirúrgicas e administradores hospitalares orientações sobre a função de cada indivíduo e qual é o padrão de uma cirurgia segura, oferecer ainda um instrumento de avaliação uniforme do serviço para vigilância nacional e internacional. As normas a serem seguidas podem ser utilizadas em qualquer parte do planeta, avaliando e controlando o uso do checklist nos locais pilotos ligados a OMS e disseminando a prática para as instituições no mundo todo (ZAMBON, 2010a).

A implementação do Checklist é de custo baixo resumindo-se a reprodução e distribuição do instrumento, a dificuldade na aplicação se encontra na equipe cirúrgica, estima-se que é necessário o tempo total de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação, e orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação, o profissional recomendado é o enfermeiro, mas qualquer profissional em sala pode ser o coordenador da verificação. Esse profissional deve ter plena autoridade sobre o processo cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, se julgar insatisfatório um item necessário, isso pode incorrer em desgaste perante a equipe dependendo da maturidade da mesma. Se ocorrer violações na checagem, todo o processo terá ocorrido em vão, visto que são os pequenos detalhes que passam despercebidos causando os riscos (OMS, 2010; ZAMBON, 2010 c).

Nessa vertente, quando o profissional de enfermagem está atuando em centro cirúrgico, uma série de itens ligados à segurança do paciente já é de sua competência, essas responsabilidades vêm aumentando em consonância com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, o que na década de 60 se resumia à área instrumental e cuidados gerais com o paciente, hoje se desenvolve em embasamento

técnico – científico, área administrativa, assistencial, pesquisa, ensino entre outras (SALLES; CARRARA, 2009).

Para que a implementação do check list seja eficaz a responsabilidade nos casos prejudiciais deve ser atribuída às falhas na estrutura, na organização e no funcionamento do sistema e não ao profissional. Culpar e punir não são as formas mais efetivas de evitar que o erro volte a acontecer, excluindo casos como negligência deliberada. Comunicar erros é o primeiro passo para reduzi-los, mas no sistema vigente de culpa e humilhação, nem tudo que acontece é relatado, impedindo que outros possam aprender com situações nas quais não estavam presentes. Aprender sobre erros auxilia o aprimoramento de processos clínicos e a prevenção de futuros casos similares (SALLES; CARRARA, 2009; CARRARA, 2009)

Assim, é preciso atentar para a integração e interação com a equipe, utilizar a checagem como meio de comunicação interpessoal, um facilitador na assistência ao paciente, visto que a comunicação não-verbal fica um pouco prejudicada com o uso de máscaras, óculos de proteção, e toda a paramentação exigida em campo cirúrgico (DOBBRO; SOUSA; FONSECA, 1999; BRAGA; SILVA, 2007)

O relacionamento interpessoal é o segundo item apontado como agente estressor em profissionais de centro cirúrgico, atrás somente de sobrecarga de trabalho. O uso do checklist visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, assim como a divisão das responsabilidades para toda equipe (MARTINS et al., 2000).

Assim, não basta apenas que as instituições imponham os protocolos é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada. O bom uso se dá quando as equipes compreendem a importância, a necessidade, enfim aceitam o processo e incorporam “o novo” à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e equipe é essencial para o sucesso do procedimento.

Diante do exposto, temos como finalidade neste estudo divulgar e ampliar possibilidades práticas da aplicação do protocolo de Cirurgias Seguras da OMS, além da futura implementação deste nesta instituição e observar os instrumentos desta aplicação.

Objetivos: Aplicar o checklist de “cirurgia segura” da OMS em cirurgias infantis de um hospital escola e verificar facilidades, dificuldades e viabilidade da aplicação deste instrumento em instituições do mesmo tipo.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Método: Estudo de campo, descritivo, analítico com abordagem qualitativa, segundo Minayo (2007), realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital Escola em uma instituição pública no interior do estado de São Paulo e recebeu parecer favorável do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) vinculado à UNESP sob ofício nº 261/2010-CEP. Os sujeitos do estudo foram 16 profissionais da equipe cirúrgica que atuaram na especialidade de cirurgia infantil, sendo eles 3 anestesiológicos, 3 cirurgiões e 10 técnicos de enfermagem, que estiveram presentes em todas as fases de checagem de segurança cirúrgica, visto que a aplicação do checklist foi conduzida conforme as três etapas já descritas (**identificação, confirmação e registro**). Após vivenciarem a aplicação do protocolo os participantes responderam a estas questões norteadoras:

- Quais as facilidades/vantagens que você percebe com o uso deste instrumento nas cirurgias?

- Quais as dificuldades/desvantagens que você percebe com o uso deste instrumento nas cirurgias?

- Você julga importante e passível a implementação deste checklist de segurança cirúrgica nesta instituição? Justifique.

O tratamento dos resultados do questionário foi realizado seguindo a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2004).

Este artigo se constitui de um recorte de um trabalho de conclusão de curso apresentado pela autora ao final da graduação em enfermagem em novembro de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de aplicação do checklist fez-se uso dos painéis de aviso da unidade cirúrgica para expor reportagens e notícias envolvendo o tema em questão, disponível para todos os profissionais. E foram ministradas, pela autora, duas aulas em dias e horários diferentes, objetivando abranger toda a equipe de enfermagem atentando para a escala e horários mais acessíveis, o que proporcionou debate e elucidação de dúvidas.

As categorias temáticas que surgiram a partir das respostas dadas pela equipe cirúrgica ao questionário foram:

1. O instrumento proporciona segurança ao paciente e à equipe, prevenindo erros

Os profissionais reconheceram e compreenderam o objetivo central do checklist, que é a segurança do paciente validando a proposta da OMS de diminuir índices de morbidade e mortalidade por complicações no ato cirúrgico Salles e Carrara (2009) e Zambon (2010 a) e também notaram a importância do instrumento para a equipe, percebendo a função de cada indivíduo dentro da equipe, e a divisão das responsabilidades, reconhecendo o instrumento como facilitador na assistência, resultando em melhor atendimento (DOBBRO; SOUSA; FONSECA, 1999).

2. O preenchimento é fácil e rápido

Percebemos que todos os profissionais julgam o instrumento de fácil aplicação, principalmente pela objetividade e formato, as três etapas de checagem são simples, por isso facilmente entendidas. E mais uma vez expressam a prevenção dos erros e esquecimentos como uma vantagem desta checagem.

3. Falta tempo para o preenchimento

Podemos notar que a equipe ainda se sente insegura quanto à responsabilidade da checagem e que o fator tempo é algo que os preocupa, mesmo tendo admitido anteriormente que a aplicação é fácil e rápida. O grupo que se destaca relatando este fator é o da equipe de enfermagem, justificada pela sobrecarga de trabalho, pois apesar de reconhecerem a importância ainda não incorporaram à prática, e não conseguem encaixar a checagem na sua rotina (OMS, 2008; ZAMBON, 2010 c).

Existe ainda a preocupação quanto à ampliação da abordagem, pois a especialidade onde o checklist foi aplicado (cirurgia infantil), se mostrava muito colaborativa quanto ao tempo, mas existe a dúvida de que outras não se mostrem da mesma forma, apressando os indivíduos. O resultado será verdadeiro desde que toda a equipe abrace a causa e faça corretamente a checagem, sem pular etapas ou negligenciá-las, todos precisam estar empenhados no mesmo objetivo, que é a segurança do paciente (OMS, 2008; SALLES; CARRARA, 2009).

4. A implementação promove melhora na qualidade do cuidado com benefícios para o paciente, profissional e instituição

Nesta categoria pode-se notar que os indivíduos relacionam a segurança com a melhora no cuidado, e associam a segurança e a tranquilidade da equipe a isso. O cuidado prestado vai além da sala de operações, para a preocupação com o processo de cura e diminuição da morbidade; confirmando a apreensão do objetivo do estudo (OMS, 2008; PROQUALIS, 2009).

Esta pesquisa proporcionou percebermos melhoria também nas anotações e com isso garantindo respaldo legal, pois os documentos como: folha de transcrição cirúrgica, ficha de aviso cirúrgico, entre outros, são completamente preenchidos. Devemos lembrar que o checklist proposto pode auxiliar o preenchimento dos demais documentos, não devendo, porém, substituí-los (SALLES; CARRARA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pretendia com este estudo era evidenciar as opiniões dos profissionais do sistema público de saúde e ensino sobre o checklist para cirurgias seguras. Entendemos que os indivíduos que vivenciaram a aplicação do protocolo compreenderam sua importância e seus benefícios, tanto para os pacientes, como para a equipe cirúrgica e instituição. Eles puderam perceber a checagem não só como uma maneira de se evitar erros, mas também como documento de respaldo legal e o reconheceram como um facilitador da assistência.

O que fizemos neste início foi plantar uma pequena semente; divulgamos o protocolo e tivemos uma boa aceitação, possibilitamos que voltassem os olhos para um assunto tão importante que é a segurança do paciente e tudo o que a envolve, pois, rodeados de tanta tecnologia não nos damos conta de que o relacionamento com o paciente e com a equipe é capaz de minimizar riscos e falhas. Este instrumento é mais uma ferramenta para auxiliar nessa tarefa e os participantes o reconheceram com esse objetivo. Antes de se iniciar o uso qualquer instrumento, novas práticas, enfim antes que se modifique o processo de trabalho, é extremamente necessário que os indivíduos sejam devidamente treinados e tenham suas questões sanadas, evitando assim um desgaste maior no decorrer da implementação e até mesmo resistência.

Sugerimos, considerando nossa atuação na coleta de dados, que para a adoção desta prática na instituição, o enfermeiro de centro cirúrgico seja o profissional encarregado de realizar a checagem, visto que ele tem autonomia reconhecida e é responsável por receber o paciente na unidade, ainda, auxilia na indução anestésica e o encaminha para a sala de recuperação pós anestésica, estando portanto, junto ao paciente nos três momentos de checagem (antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de operações).

Neste estudo também confirmamos que a aplicação do checklist é rápida, fácil e prática, colaborando para diminuir e prevenir erros e, principalmente, melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente

cirúrgico, além de possibilitar a melhoria das relações interpessoais na unidade e a qualidade no trabalho dos indivíduos.

Consideramos que as limitações deste estudo passam pela falta de ampliação deste para as outras especialidades cirúrgicas, além da assimilação pela equipe cirúrgica para as utilidades do protocolo como ferramenta de auditorias internas e externas, critérios para acreditação e parâmetros internacionais de comparações e indicadores.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Brasil se prepara para ter cirurgias mais seguras**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/NOTICIAS/2009/100309_2.htm>. Acesso em 26 de março de 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRAGA, E.M.; SILVA, M.J.P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.4, p. 410-414, 2007.

CARRARA, D. Comunicação e segurança do paciente. 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. 171-179.

DOBBRO, E.R.L.; SOUSA, J.M.; FONSECA, S.M. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e sua influência na comunicação interpessoal. **Rev Esc Enferm USP**, v.32, n.3, p.255-261, 1998.

FERRAZ, E.M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. [editorial]. **Rev Col Bras Cir** v.36, n.4, p. 281-282, 2009.

MARTINS, L.M.M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Rev Esc Enferm USP**, v.34, n.1, p.52-58, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

OMS. Checklists save lives. **Bull World Health Organ**, v.86, n.7, p.501-502, 2008.

OMS. **WHO Guidelines for Safe Surgery**. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/WHO_Guidelines_Safe_Surgery_finalJun08.pdf>. Acesso em 8 de março de 2011.

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. Disponível em: <http://cv-qualidadedocuidado.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=24>. Acesso em 10 de dezembro de 2009.

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.

ZAMBON, L.S. **Campanha “cirurgia segura salva vidas” - Perguntas e respostas gerais**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2038/campanha_“cirurgia_segura_salva_vidas”_da_oms_perguntas_e_respostas_gerais.htm>. Acesso em 9 de dezembro de 2009.a

ZAMBON, L.S. **Como Aplicar o Checklist em Poucas Palavras**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2102/manual_de_implementacao_do_checklist_da_campanha_“cirurgia_segura_salva_vidas”_da_oms.htm>. Acesso em 9 de fevereiro de 2010. b

ZAMBON, L.S. **Introdução a Campanha “cirurgia segura salva vidas”**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/1979/introducao_a_campanha_“cirurgia_segura_salva_vidas”_da_oms.htm>. Acesso em 9 de fevereiro de 2010.c

Enviado em: fevereiro de 2012

Revisado e Aceito: novembro de 2012