



## SEGURANÇA DO PACIENTE E MONTAGEM DE SALA OPERATÓRIA: ESTUDO DE REFLEXÃO

### PATIENT SAFETY AND PREPARATION OF THE OPERATING ROOM: REFLECTION STUDY SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREPARACIÓN DE LA SALA DE OPERACIONES: ESTUDIO DE REFLEXIÓN

André Monteiro Lima<sup>1</sup>, Cristina Silva Sousa<sup>2</sup>, Ana Lucia Silva Mirancos da Cunha<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** provocar a reflexão do enfermeiro de centro cirúrgico sobre a montagem de sala operatória. **Método:** estudo descritivo com busca na literatura versus a vivência dos autores para trazer reflexões acerca da segurança do paciente e do processo de montagem de sala operatória, chamando a atenção do enfermeiro para o olhar diferenciado deste processo rotineiro como proposta para melhoria do cuidado focado no paciente. **Resultados:** quaisquer que sejam as práticas aplicadas para a montagem de sala, a segurança do paciente é fator primordial para repensar os processos. É possível reorganizá-los e obter melhores resultados no processo. **Conclusão:** a reflexão deste tema permite ao enfermeiro de centro cirúrgico aliar as atividades do bloco operatório a novas metodologias de trabalho em busca da segurança do paciente. O processo de montagem de sala, mesmo que envolto por unidades diferentes, pode ser valorizado pelos profissionais da enfermagem e ser visto como um dos processos que pode interferir na segurança do paciente. **Descritores:** Segurança do Paciente; Enfermagem Perioperatória; Salas Cirúrgicas; Enfermagem de Centro Cirúrgico.

#### ABSTRACT

**Objective:** to promote reflection of nurses of surgical centers on the preparation of the operating room. **Method:** descriptive study with search in literature versus authors' experiences to stimulate reflections concerning the safety of patients and the process of operating room preparation, calling nurses' attention to a differentiated view of this routine process as a proposal for improving care focused on patients. **Results:** whatever actions are performed for the room preparation, patient safety will be an essential factor to rethink the processes. It is possible to reorganize them and obtain better results. **Conclusion:** the reflection of this subject allows nurses of surgical centers to join the activities of the operative block to new working methodologies in search of patient safety. The process of room preparation—even though related to different units—can be valued by nursing professionals and be seen as one of the processes that can influence on patient safety. **Descriptors:** Patient Safety; Perioperative Nursing; Operating Rooms; Surgical Center Nursing.

#### RESUMEN

**Objetivo:** provocar la reflexión de enfermeros de centros quirúrgicos en la preparación de la sala de operaciones. **Método:** estudio descriptivo con búsqueda en la literatura versus la experiencia de los autores para estimular reflexiones acerca de la seguridad del paciente y el proceso de preparación de la sala de operaciones, llamando la atención de los enfermeros para una mirada diferenciada a este proceso de rutina como propuesta para la mejoría del cuidado focalizado en el paciente. **Resultados:** cualquiera que sean las prácticas aplicadas para la preparación de la sala, la seguridad del paciente es un factor primordial para reconsiderar los procesos. Es posible reorganizarlos y obtener un mejor resultado. **Conclusión:** la reflexión de este tema permite al enfermero de centro quirúrgico unir las actividades del bloque operatorio con las nuevas metodologías de trabajo en busca de la seguridad del paciente. El proceso de preparación de la sala de operaciones, aunque relacionado a distintas unidades, puede ser valorado por los profesionales de enfermería y ser visto como uno de los procesos que pueden interferir con la seguridad del paciente. **Descriptor:** Seguridad del Paciente; Enfermería Perioperatoria; Centro Quirúrgico; Enfermería de Centro Quirúrgico.

<sup>1</sup>Enfermeiro, Especialista em Centro Cirúrgico e Central de Materiais Esterilizados pela Universidade Nove de Julho, Enfermeiro assistencial do centro cirúrgico do Hospital Sírio Libanês, São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [andrem.lima@yahoo.com.br](mailto:andrem.lima@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Enfermeira assistencial do centro cirúrgico do Hospital Sírio Libanês, São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [crissousa@usp.br](mailto:crissousa@usp.br); <sup>3</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Enfermeira coordenadora do centro cirúrgico do Hospital Sírio Libanês, São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [ana.mirancos@hsl.org.br](mailto:ana.mirancos@hsl.org.br)

## INTRODUÇÃO

Na tentativa de contextualizar a segurança do paciente, nos baseamos na teoria do erro humano e as aplicações das instituições de acreditação hospitalar, focando melhorar o processo do centro cirúrgico para auxiliar na segurança do paciente.

Na última década a segurança do paciente tornou-se destaque nas discussões de cuidado ao paciente e nos processos que o envolve. Diversos estudos têm buscado melhores práticas para assegurar a segurança, bem como, instituições buscam constantemente a melhoria em seus processos com as certificações de acreditação.

O centro cirúrgico por sua complexidade merece um olhar diferenciado no cuidado do paciente, com atuação de diferentes profissionais e integração de várias unidades, sua especificidade merece atenção nos processos que cercam o paciente.

Baseado nesta premissa, entende-se que a atividade num bloco operatório envolve tarefas complexas, plenas de variação e de incerteza, exercidas em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo stress. Logo, estas atividades requerem do profissional atenção redobrada nos processos que envolvem o paciente.

A reflexão deste artigo emerge da vivência experimentada pelos enfermeiros de um centro cirúrgico de grande porte do município de São Paulo. A base teórica que sustentará nossas reflexões está baseada na multireferencialidade e se baseará nas teorias que discutem a segurança do paciente e o processo de montagem de sala operatória.

### • Contextualizando a segurança do paciente

Para contextualizar melhor a discussão sobre a segurança do paciente nos baseamos nas discussões das organizações mundiais e recomendações das instituições de acreditação hospitalar, que estão presentes em nossa vivência.

Atualmente, 234 milhões de cirurgias são realizadas anualmente em todo o mundo, o que significa uma operação a cada 25 pessoas, explicitando que a segurança do cliente é de significativa importância para saúde pública. Além disso, estimativas anteriores apontaram que sete milhões de clientes sofreram complicações após a cirurgia, das quais, 50% delas poderiam ter sido evitadas.<sup>1,2</sup>

Neste contexto, as discussões sobre a segurança dos clientes têm-se ampliado consideravelmente no meio científico e assistencial, visto que a ocorrência de eventos

adversos vem-se acentuando nas instituições hospitalares representando um grave problema de saúde pública.

Eventos adversos podem ser definidos como resultado negativo à prática em saúde de serviços médicos, enfermagem e de qualquer outro membro da equipe envolvida na assistência.<sup>3</sup> No centro cirúrgico, os eventos adversos também são resultantes da falta de registros no prontuário, o que dificulta a coesão e comunicação entre equipes multiprofissionais. Os registros de enfermagem resultam em elemento essencial para o processo de trabalho.<sup>4</sup>

Em 1999, com a publicação do relatório do Instituto de Medicina Americano intitulado *"To Err is Human"*, despertou o interesse norte americano por questões de segurança. Este relatório revelou cerca de 44.000 a 98.000 mortes todos os anos nos Estados Unidos devido aos erros na assistência médico-hospitalar.<sup>5</sup>

A segurança do paciente é o tema mais discutido neste século, com início nos EUA, aos poucos foi disseminado pelo mundo. Questões relacionadas às diversas esferas de atendimento ao paciente cirúrgico questionam a segurança do cuidado, do procedimento e do ambiente.

A primeira reunião sobre segurança ocorreu com a anestesia, nos EUA em 1984 e desde então a prática passou a ser regulada e melhorada. Algumas medidas foram verdadeiramente seminais para essa melhoria e levaram a anestesiologia a ser mais segura e prática, tais como: uso de oxímetro de pulso, capnógrafo, carros de melhor qualidade, programa de residência e uso de protocolos foram cruciais.<sup>2</sup>

Organizações e políticas de saúde tem investido na conscientização dos profissionais de saúde e envolvido o público leigo para o esclarecimento sobre as condições de saúde e medidas de segurança. Este é um movimento presente na atualidade, mas que ainda caminha lentamente para alcance da população brasileira.

Em países industrializados complicações importantes são relatadas em 3 a 16% dos procedimentos cirúrgicos em pacientes internados, com taxa de incapacidade permanente ou morte em aproximadamente 0,4 a 0,8%. Em países em desenvolvimento uma taxa de mortalidade de 5 a 10% durante cirurgia mais extensas.<sup>2</sup> Fatores humanos ainda são apontados como um problema comum que trazem suas próprias características e consequências, incluindo maior morbidade e mortalidade.<sup>6</sup>

A sala de cirurgia possui um conjunto único de dinâmica de grupo, como profissionais de diferentes classes profissionais, cuja formação e objetivos são diferentes, estes devem trabalhar como uma equipe. No entanto, este ambiente complexo proporciona oportunidades para comunicação falha, motivações conflitantes, e erros resultantes não de incompetência técnica, mas de pobres habilidades interpessoais.<sup>7</sup>

Seria o erro humano apenas um dos fatores existentes de falhas no processo de segurança? Outros fatores podem estar relacionados ao erro?. Estas questões foram trabalhadas em outros estudos que resultaram em novos questionamentos nos processos do centro cirúrgico.

Os erros na sala cirúrgica, podem estar além do erro na técnica cirúrgica; um estudo do Reino Unido<sup>7</sup> evidenciou que erros na sala de cirurgia relacionados com a equipe da sala cirúrgica (enfermeiros e anestesiológicos) aumentaram o tempo de cirurgia. Neste estudo erros relacionados a enfermagem e anestesiológicos são saída da sala, erros de comunicação, distração. Outros erros estão relacionados a problemas de equipamentos, planejamento e recursos disponíveis.

Relações interpessoais e dinâmica no ambiente cirúrgico poderiam influenciar na segurança do paciente. Neste contexto, novas oportunidades de melhoria são evidenciadas e merecem atenção do enfermeiro para outros processos de trabalho que ainda não repercutem com tanta ênfase mais que indiretamente afetam a segurança do paciente.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro<sup>8</sup>, observou o tempo de distrações e interrupções na sala operatória e concluiu que conversas paralelas e toques de telefone celular, não exerceram muita influência na interrupção do procedimento cirúrgico. Entretanto, falhas dos equipamentos ou ausência de um material necessário, acabaram gerando altas incidências de interrupções, por vezes, de até trinta minutos.

Desta forma, um dos processos do centro cirúrgico ao qual chamamos atenção do enfermeiro para uma oportunidade de melhoria é a montagem de sala operatória, pois está presente neste processo a colocação de equipamentos, materiais na sala operatória para o tipo específico de cirurgia e que devem ser fiscalizados antes mesmo do paciente adentrar ao bloco operatório.

Apesar de tratado como um procedimento corriqueiro deste ambiente, uma montagem equivocada pode, de forma indireta, pode intervir na segurança do paciente. Este

processo parece não receber a atenção necessária pelos profissionais, por ser visto como rotina da unidade, mas se olharmos com outro foco percebemos a importância deste processo como fator de prover a segurança do paciente e parte do cuidado focado no paciente.

A proatividade e antecipação de problemas são peças integrais da cultura de segurança em qualquer organização, bem como o reconhecer da sua vulnerabilidade aos erros.<sup>9</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que 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.<sup>2</sup>

Em 2004, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, implementa o Protocolo Universal, este inclui os elementos: verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico e processo do *timeout* no intraoperatório.<sup>10</sup>

A primeira etapa do protocolo universal da *JCAHO*, a verificação pré-operatória visa assegurar que todos os documentos e informações relevantes ou equipamentos estejam disponíveis antes do início do procedimento, corretamente identificados e etiquetados, concordantes com o registro de identificação do paciente e sejam consistentes entre si, com as expectativas do paciente e com a compreensão da equipe sobre o paciente, o procedimento e o local da cirurgia. A falta de informações ou discrepâncias, devem ser abordadas e resolvidas antes do início do procedimento cirúrgico.<sup>11-12</sup>

No entanto, a ocorrência de erro cirúrgico é parte de um fenômeno multifacetado e possivelmente, aderir a protocolos é somente parte da resposta. Outros fatores que indicam o erro ainda precisam ser estudados, a segurança do paciente não será garantida apenas com a inserção de protocolos, mas com a alteração da cultura das pessoas envolvidas no processo.

Envolver as pessoas neste processo é o grande desafio do enfermeiro de centro cirúrgico. Além do erro humano a atenção para outros fatores que precedem o possível erro devem ser parte do olhar crítico do enfermeiro. Entre eles, falhas nos equipamentos de anestesia, falta de pessoal treinado, equipe cirúrgica sobre pressão, uso das novas tecnologias com pouco conhecimento são descritas em diferentes estudos e despertam atenção para ampliar o olhar do enfermeiro.<sup>7,10</sup>

Deixamos em aberto a reflexão sobre como envolver a equipe para valorizar os processos do centro cirúrgico como perspectiva de melhoria para a segurança do paciente.

### • O processo de montagem da sala operatória

Com a evolução da cirurgia e o aumento da complexidade dos procedimentos, expande-se seu papel de coordenação de recursos materiais e humanos. Em meados do século XX inicia-se a busca por evidências científicas do cuidar em centro cirúrgico por meio da pesquisa e a criação de organizações profissionais para discussões e aprimoramento do enfermeiro de centro cirúrgico.<sup>13</sup>

As atividades do enfermeiro cresceram e ampliaram a visão deste para atividades além de organização e gerenciamento. Atualmente, o grande foco deste profissional é o cuidado do paciente, na busca constante de prestar a melhor assistência aliada a segurança, dentro do contexto hospitalar repleto de tecnologias.

A *Association of Operating Room Nurses (AORN)* fundada em 1949, desde 2001 tem atuado na atualização e conscientização dos enfermeiros de centro cirúrgico para a segurança do paciente. As diversas publicações tem discutido a aplicação do protocolo universal e diferentes estratégias que envolvem estes profissionais.<sup>10</sup> Esta associação, entre outras, influenciou a enfermagem perioperatória a buscar melhores práticas e atualmente possui forte influência nas pesquisas e no cuidado ao paciente cirúrgico.

Apesar da evolução do trabalho da equipe de enfermagem, a responsabilidade por prover e manter todos os recursos necessários durante o intraoperatório e por prevenir falhas, é uma prática atual.<sup>14</sup> Desta forma, conferir a montagem da sala operatória, para assegurar que os materiais e equipamentos estejam disponíveis e adequados faz parte da atividade da enfermeiro do centro cirúrgico, e pode contribuir na melhoria do processo e na segurança do paciente.

A prática de montagem de sala operatória não é uma atividade nova para enfermagem, mas com a evolução da tecnologia e variedade de materiais disponíveis na área da saúde, além do aumento de intervenções cirúrgicas nos hospitais, tem-se exigido da enfermagem maior envolvimento neste processo e requer atualização deste profissional.

O processo de montagem de sala em geral, inicia-se com a montagem do carro cirúrgico, na central de material esterilizado (CME). O profissional da CME dispõe os instrumentais conforme a cirurgia proposta, a seguir,

materiais descartáveis direcionados para o procedimento proposto são inseridos no carro cirúrgico pela farmácia satélite ou pelos profissionais da enfermagem.

O membro da equipe de enfermagem é responsável por distribuir estes materiais na sala cirúrgica e baseado no conhecimento prévio adquirido deve avaliar os materiais faltantes, bem como, testar os equipamentos durante o processo de montagem de sala.

Em nossa instituição uma pasta para montagem de salas por especialidade foi desenvolvida pelas enfermeiras do centro cirúrgico junto com os cirurgiões, com intuito de padronizar, facilitar e assegurar a montagem adequada da sala. Desta forma, o técnico de enfermagem possui um guia de como posicionar os equipamentos na sala operatória para cada procedimento e especialidade.

Na prática da enfermagem perioperatória brasileira, o técnico de enfermagem é o contato direto do paciente e dos elementos da equipe cirúrgica, viabilizando a realização de cirurgias com o provimento de materiais, equipamentos, atendimento às emergências, solicitações e necessidades no atendimento ao paciente.

As competências do enfermeiro perioperatório são propostas em três esferas de conhecimento: científico (compreensão da linguagem, familiaridade técnica e processual com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aderência as orientações de controle de infecção, as políticas hospitalares e protocolos); prático (capacidade de antecipar a necessidade do paciente e da equipe com base na experiência clínica adquirida e familiaridade, desempenha uma variação de situações e informa as ações de enfermagem tomadas); ético (habilidades de enfermagem que prolongam além de funções técnicas para a de cuidador, um papel que envolve maior empatia com o paciente em um nível psicossocial, o enfermeiro é colocado na posição de “advogado do paciente”).<sup>15</sup>

Neste processo de montagem de sala o enfermeiro aplica todas as esferas do conhecimento, e quando faz a supervisão do processo de perto pode intervir rapidamente em possíveis lacunas existentes (falhas de equipamentos, falta de materiais, assegurar dispositivos de segurança, prover métodos de melhores práticas de assistência) e consequentemente assegurar a segurança do paciente.

A forma como este processo é realizado ainda não é bem definido, alguns profissionais aplicam a verificação visual, que pode ser questionável quando possuímos um número

elevado de salas operatórias, uma vez que pode confundir o profissional e propiciar a falha pela quantidade excessiva de materiais e salas cirúrgicas. Outros delegam a atividade ao técnico de enfermagem ou equipe cirúrgica, que devem conferir os materiais previamente ao procedimento.

A experiência do profissional é um fator que pode fazer a diferença neste processo, pois um profissional mais experiente conhece melhor os diferentes materiais e equipamentos. Entretanto, podemos questionar se este profissional teria um olhar viciado do processo e detalhes poderiam deixar de serem vistos.

Em busca de novos métodos que auxiliem este profissional e permitem assegurar a segurança do processo, nota-se que a aplicação de *checklist* tem sido bem empregada em indústrias e provado ser muito eficaz na verificação de segurança, mas ainda não é muito empregada na medicina.

Um *checklist* pode verificar a disponibilidade e funcionamento de equipamentos antes da cirurgia iniciar; para cirurgias que demandam maior quantidade de equipamentos, a funcionalidade adequada destes é fundamental diminuir possíveis falhas no intraoperatório.<sup>2</sup> A aplicação de *checklist* como padrão para controle de equipamentos de anestesia antes de sua utilização demonstrou a diminuição da falha deste de 14 a 4%, assegurando segurança ao procedimento anestésico.<sup>2</sup>

Em conformidade com o protocolo da JCAHO e as competências do enfermeiro perioperatório, o *checklist* pode ser uma estratégia para auxiliar a conferência de sala operatória, como um guia para garantir que todos os itens necessários ao procedimento estejam disponíveis e em condições propícias para o uso seguro. Esta medida pode intervir na falha detectada antes de trazer o paciente e prevenir alguns eventos adversos.

Supomos a solicitação de uma prótese para determinada cirurgia não seja conferida durante o processo de montagem de sala e que o instrumentador ou o cirurgião não tenham dado importância a esta conferência quando adentram a sala operatória. O paciente é submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico e no momento do uso da prótese é percebida a falha. Quanto tempo perdemos para reorganizar esta situação?, qual o risco que estamos submetendo nosso paciente quando prolongamos sua anestesia e o tempo cirúrgico?

Estes são questionamentos que temos feito em nossa prática diária e em busca de melhorar o processo e prevenir os eventos

adversos ou minimizar erros, enfatizamos a importância da montagem de sala operatória.

Enfatizamos em nossa prática a conferência da sala operatória pelo enfermeiro, em busca de certificar e assegurar que todas as solicitações sejam atendidas e que os equipamentos necessários estejam disponíveis. Esta prática tem sido realizada de forma fragmentada em nossa instituição; no dia que antecede a cirurgia uma conferência das solicitações é realizada pela enfermeira do agendamento com a enfermeira da CME, e o acerto de pendências é feito neste momento.

A próxima conferência é na montagem de sala operatória, durante a disposição dos materiais na sala a solicitação de matérias feita pela equipe cirúrgica é conferida e garante-se que as necessidades da equipe são providenciadas antes da entrada do paciente em sala operatória.

A segurança do paciente dentro do centro cirúrgico está baseada em um conjunto de atividades: verificação pré-operatória, marcação da lateralidade e time out.<sup>11</sup> Todos os processos são fundamentais e não devem ser excluídos do cuidado, não há um processo mais importante do que o outro, entendemos que todos são fundamentais, bem como as atividades corriqueiras do centro cirúrgico.

A competência da equipe cirúrgica envolve uma combinação de boas tomadas de decisões no período perioperatório, desempenho satisfatório da equipe e comunicação efetiva entre estes profissionais, além da habilidade técnica.<sup>6</sup> Isso enfatiza esta reflexão acerca dos questionamentos para melhorar o processo, e trazer ao enfermeiro a percepção da importância da montagem de sala operatória para a segurança do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que as reflexões sobre a segurança do paciente e os processos do centro cirúrgico precisam ser aprofundadas, sugerimos novos estudos acerca do tema para novas discussões e busca de melhores práticas. Acreditamos que o processo de montagem de sala, mesmo que, envolto por unidades diferentes pode ser valorizado pelos profissionais da enfermagem e é visto como um dos processos que podem interferir na segurança do paciente.

É fundamental que a equipe médica cumpra seu papel trazendo informações importantes, verdadeiras e particulares para atendimento de seu paciente, e a equipe de enfermagem tem o papel de gerenciar e garantir que todos os materiais e

equipamentos estejam disponíveis e funcionando para prática cirúrgica.

Seria oportuno entender a competência do enfermeiro do centro cirúrgico, para além do fazer acontecer práticas organizacionais, e voltar o olhar para a relação destas práticas com a segurança do paciente. Não se trata de um exagero mencionar que o enfermeiro passa a ser o “advogado do paciente” no momento em que este está exposto a qualquer procedimento, pois o enfermeiro tem papel fundamental de supervisão para que todos os membros de qualquer equipe exerçam a “prática de segurança”.

## REFERÊNCIAS

1. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008 July 12;372(9633):139-44.
2. Organização Mundial de Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 10]. Available from: <http://proqualis.net/cirurgia/?id=000000483>
3. Cecchetto FH, Fachinelli TS, Souza EN. Iatrogenic or adverse event: perception of nursing staff. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 10];4(3):1377-83. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/985/pdf\\_137](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/985/pdf_137)
4. Klein AGS, Bitencourt JVOV, Dal Pai D, Wegner W. Nursing records in the perioperative period. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 20];5(5):1096-104. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1488/pdf\\_538](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1488/pdf_538)
5. Institute of Medicine of the National Academies. The chasm in quality: select the Indicators from recent reports. Institute of medicine [Internet]. 2006 [cited 2012 June 24]. Available from: <http://www.iom.edu/?id=14991>
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):491-9.
7. Catchpole K, Mishra A, Handa A, McCulloch P. Teamwork and error in the operating room: analysis of skills and roles. *Ann Surg*. 2008 Apr;247(4):699-706
8. Pereira BM, Pereira AM, Correia Cdos S, Marttos AC Jr, Fiorelli RK, Fraga GP. Interrupções e distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2011 Sep-Oct [cited 2012 Nov 10];38(5):292-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n5/a02v38n5.pdf>
9. Fragata JIG. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2012 June 24];10(esp):17-26. Available from: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/erros-e-acidentes-no-bloco-operatorio-revisao-do-13189855>
10. Conrardy JA, Brenek B, Myers S. Determining the state of knowledge for implementing the universal protocol recommendations: an integrative review of the literature. *AORN J*. 2010 Aug;92(2):194-207
11. Joint Commission Resources. Papel do enfermeiro na segurança do paciente e nos resultados do atendimento. In: Temas e estratégias para a liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 107-41
12. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Patient safety in oncology surgery: experience of the São Paulo State Cancer Institute. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 20];44(3):827-32. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en\\_39.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_39.pdf)
13. Guido LA, Szarecki C, Andolhe R, Martins FZ. Nurse's competences in CC: reflections about the education/AID. *Rev SOBECC*. 2008 Jan-Mar;13(1):16-23
14. Ferraz EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2009 Aug [cited 2012 Oct 25];36(4):281-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf>
15. Gillespie BM, Hamlin L. A synthesis of the literature on “competence” as it applies to perioperative nursing. *AORN J*. 2009 Aug;90(2):245-58

Submissão: 22/11/2012

Aceito: 13/12/2012

Publicado: 01/01/2013

## Correspondência

André Monteiro Lima

Rua Frederico Grotte, 30 / Ap. 11

Jd. Vergueiro

CEP: 05818-270 – São Paulo (SP), Brasil