



AValiação sobre a segurança do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico

PATIENT SAFETY EVALUATION DURING THE ANESTHETIC-SURGICAL PROCEDURE EVALUACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO

Rita Mônica Borges Studart¹, Elizabeth Mesquita Melo², Sirleia Lucy Aragão da Silva³, Ana Karoliny Lima dos Santos⁴, Antônio Natália Martins de Oliveira⁵, Patrice Vale falcão⁶, Andressa Sampaio do Nascimento⁷

RESUMO

Objetivo: avaliar a segurança do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico. **Método:** estudo observacional, de abordagem quantitativa, realizado no centro cirúrgico de um hospital público terciário com 67 pacientes. Os dados foram coletados pela observação das cirurgias e consulta ao prontuário, usando um *checklist*, organizados no Excel e analisados pela estatística descritiva. **Resultados:** a maioria dos impressos apresentava registros sobre o jejum do paciente, alergias e uso de anticoagulante; 91,2% usavam a pulseira de identificação e 81% tinham termo de consentimento assinado; 57,4% não apresentavam risco de hemorragia. A solicitação dos exames laboratoriais e de imagem foi atendida prontamente em 95,6%. O uso de antibiótico profilático foi verificado em 42,7%. **Conclusão:** a comunicação entre a equipe e a adequada implementação do *checklist* contribuem para a segurança do paciente. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente; Cirurgia Geral.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the patient's safety during the anesthetic-surgical procedure. **Method:** this study is observational with a quantitative approach, performed in the surgical center of a public tertiary hospital, with 67 patients. The data were collected by observing the surgeries and consulting the medical record, using a checklist, organized in Excel and analyzed by descriptive statistics. **Results:** most of the forms had records on patient fasting, allergies, and anticoagulant use; 91.2% wore the identification wristband and 81% had a signed consent form; 57.4% had no risk of bleeding. The request for laboratory and imaging exams was answered promptly in 95.6%. The use of prophylactic antibiotics was verified in 42.7%. **Conclusion:** communication between the team and the proper implementation of the checklist contributes to patient safety. **Descriptors:** Nursing Care; Patient Safety; General Surgery.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la seguridad del paciente durante el procedimiento anestésico-quirúrgico. **Método:** estudio observacional, de enfoque cuantitativo, realizado en el centro quirúrgico de un hospital público terciario, con 67 pacientes. Los datos fueron recogidos por la observación de las cirugías y consulta al registro, usando un *checklist*, organizados en Excel y analizados por la estadística descriptiva. **Resultados:** la mayoría de los impresos presentaba registros en ayunas del paciente, alérgias y uso de anticoagulante; 91,2% usaban la pulsera de identificación y 81% tenían el término de consentimiento firmado; 57,4% no presentaban riesgo de hemorragia. La solicitud de los exámenes laboratoriales y de imagen fue atendida prontamente en 95,6%. El uso de antibiótico profiláctico fue verificado en 42,7%. **Conclusión:** la comunicación entre el equipo y la adecuada implementación del *check list* contribuye para la seguridad del paciente. **Descriptores:** Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente; Cirugía General.

¹Enfermeira, Hospital Geral de Fortaleza, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: monicastudart@hotmail.com; ²Enfermeira, Intensivista, Hospital São José de Doenças Infecciosas e Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura, Doutora em Enfermagem. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: elizjornet@yahoo.com.br; ³Acadêmica de Enfermagem, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação à Pesquisa (PAVIC), Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: sirleia.aragao08@gmail.com; ^{4,5,7}Enfermeiras (egressas), Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anakarol_02@hotmail.com; andressasampaio@gmail.com; natalia-martins-leao@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Hospital do Coração, Professora Mestre em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: patricefalcao@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Cirurgia é um dos mais complexos e caros serviços prestados pelo sistema de saúde. Nos países em desenvolvimento, as falhas e o mau estado da infraestrutura, medicamentos, material médico-cirúrgico, controle de infecção, dentre outros aspectos, elevam a probabilidade de erros e eventos adversos, colocando em risco a segurança do paciente.¹

A preocupação com a segurança do paciente foi despertada na década de 90 com a publicação do trabalho americano *To Err is Human: building a safer health care*, demonstrando a morte de 44.000 a 98.000 americanos por ano cujas causas eram em grande parte evitáveis.²⁻³ A criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, no Brasil, foi um evento importante para a assistência à saúde, prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.⁴

A abordagem da segurança do paciente teve uma fase inicial de diagnóstico a partir de estudos sobre a ocorrência de eventos adversos em serviços de saúde, que identificaram sua frequência, natureza, principais causas e gravidade visando orientar a definição de prioridades e a formatação de políticas e intervenções direcionadas para aumentar a segurança dos cuidados à saúde.⁵

É válido enfatizar que os riscos existem e sempre existirão, seja no ambiente hospitalar ou em outras unidades prestadoras de assistência à saúde. Entretanto, os mesmos podem ser evitados mediante adesão dos profissionais da saúde a práticas seguras.⁶

Os eventos adversos cirúrgicos contribuem significativamente para a morbidade pós-operatória, sendo sua avaliação e monitoramento essenciais. Cuidados simples como a checagem dos dados e informações clínicas do paciente, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre o sucesso e o insucesso do procedimento. Essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente.⁷⁻⁸

A lista de verificações ou *checklist* é composta por três fases: Identificação ou Sign in (antes da indução anestésica) - verificação verbal da identidade do paciente, procedimento, local da cirurgia e consentimento assinado; Confirmação ou Timeout (antes da incisão na pele) - apresentação dos profissionais que irão participar do procedimento, checagem em voz alta da identidade do paciente e dos dados do procedimento, revisão dos pontos críticos da

cirurgia; e Registro ou Sign out (antes do paciente sair da sala cirúrgica) - análise do procedimento pela equipe, contagem das compressas e instrumentos, identificação de peças anatômicas ou amostras obtidas, checagem de informações sobre danos nos equipamentos, finalizando-se traçando os planos de cuidados no pós-operatório, antes do encaminhamento do paciente à sala de recuperação anestésica.^{7,9-11}

A implementação do *checklist* é de baixo custo e estima-se ser necessário o tempo médio de três minutos para aplicação das três fases. Orienta-se que um único profissional que participa do procedimento cirúrgico seja responsável por essa aplicação, que é chamado de coordenador da lista pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹¹⁻²

Para o bom desempenho do processo cirúrgico, toda a equipe deve ter bom relacionamento e comunicação efetiva. Uma equipe que trabalha unida para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida.¹³

Eventos adversos constantes relacionados às práticas assistenciais ainda ocorrem, comprometendo a segurança dos pacientes cirúrgicos. Ações desenvolvidas com o intuito de reduzir os eventos adversos possuem implantação lenta ou não são implantadas devidamente, sendo frequente a não notificação da equipe de saúde das falhas ocorridas.

Diante do exposto, o estudo ganha relevância pela contribuição que trará no campo da docência/assistência, assim como promoverá o enriquecimento da literatura a respeito da temática, possibilitando a criação de estratégias baseadas em evidências e com rápida implementação para diminuição de riscos.

OBJETIVO

- Avaliar a segurança do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico.

MÉTODO

Estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital público terciário, localizado em Fortaleza-Ceará.

A população foi constituída pelos pacientes que foram submetidos à cirurgia, com o critério de inclusão: ter sido submetido à cirurgia, englobando as especialidades de cirurgia geral, ortopedia, neurologia,

transplante e urologia. Foram excluídas as cirurgias de emergência. Assim, a amostra foi composta por 68 pacientes cirúrgicos de acordo com o cálculo amostral para população finita.

Os dados foram coletados de julho a setembro de 2015, mediante a observação das cirurgias que ocorreram no período da manhã e tarde, nos dias de segunda, quarta e sexta, pois correspondem a dias de cirurgias das clínicas que se pretendia observar.

Foi utilizado um *checklist* a partir da observação das cirurgias e da consulta ao prontuário enquanto o paciente se encontrava no transoperatório, o qual englobava dados de identificação do paciente e dados sobre o procedimento cirúrgico.

Os resultados foram transcritos e tabulados em uma planilha do programa Excel do *Windows XP* Profissional, submetidos à análise

estatística, com enfoque na frequência absoluta e relativa, sendo expostos em tabelas.

O estudo foi realizado tendo por base a resolução 466/2012, aprovado no Comitê de ética em pesquisa (CEP) da instituição alvo do estudo, com número 151775, CAAE 07907612.1.0000.5040.¹⁴

RESULTADOS

O protocolo de cirurgias seguras tem por objetivo determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança.

Os pacientes foram caracterizados, bem como foram descritas as especialidades cirúrgicas que os mesmos foram submetidos, para um melhor entendimento do contexto.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes segundo sexo, faixa etária e especialidade cirúrgica. Fortaleza (CE), Brasil, 2015. N=68

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	33	48,5
Feminino	35	51,5
FAIXA ETÁRIA		
De 10 a 20 anos	7	10,3
De 21 a 31 anos	8	12,0
De 32 a 42 anos	12	17,6
De 43 a 53 anos	15	22,1
De 54 a 64 anos	26	38,0
Especialidade		
Geral	19	27,9
Ginecologia	12	17,7
Oftalmologia	9	13,1
Ortopedia	6	8,8
Plástica	5	7,4
Urologia	4	5,9
Cabeça/pescoço	4	5,9
Neurologia	3	4,4
Outras	6	8,9

Observou-se predominância de pacientes cirúrgicos do sexo feminino (51,5%), com a faixa etária variando de 10 a 64 anos, prevalecendo a faixa de 54 a 64 anos (38%),

seguida da faixa de 43 a 53 (22,1%). Em relação às especialidades cirúrgicas, percebeu-se destaque das cirurgias gerais (27,9%) e ginecológicas (17,7%).

Tabela 2. Distribuição dos impressos quanto ao registro sobre jejum, alergias e anticoagulante, uso da pulseira de identificação e assinatura do termo. Fortaleza (CE), Brasil, 2015. N=68

Variáveis	n	%
Jejum		
Com registro	49	72,0
Sem registro	19	28,0
Alergias		
Com registro	56	82,3
Sem registro	12	17,7
Uso de Anticoagulante		
Com registro	58	85,3
Sem registro	10	14,7
Identificação do paciente com pulseira		
Sim	62	91,2
Não	6	8,8
Termo de consentimento assinado		
Sim	55	81,0
Não	13	19,0

Na maioria dos impressos constava que o paciente estava em jejum (72%), entretanto havia, ainda, prontuários sem informações sobre esse aspecto (19%). Quanto às alergias, a grande maioria dos impressos (82,3%) apresentava informações sobre esse dado,

assim como referente ao uso de anticoagulante (85,3%).
O uso da pulseira de identificação foi verificado na quase totalidade dos pacientes (91,2%) e a grande maioria apresentava termo de consentimento assinado (81%).

Tabela 3. Avaliação do risco para hemorragia durante o procedimento cirúrgico, uso de hemoderivados e presença da equipe na indução anestésica. Fortaleza (CE), Brasil, 2015. N=68

Variáveis	n	%
Risco de hemorragia		
Sim	29	42,7
Não	39	57,4
Necessidade de hemocomponentes		
Sim	16	23,5
Não	52	76,5
Profissionais presentes na indução		
Cirurgião, Anestesista e Enfermeiro	54	79,4
Anestesista e Técnico de enfermagem	14	20,6

Avaliando o risco de hemorragia durante o procedimento cirúrgico, constatou-se que 57,4% dos pacientes não possuíam esse risco, tendo sido necessário o uso de hemocomponentes por apenas 23,5%. Em se

tratando dos profissionais presentes durante a indução anestésica, notou-se que na maioria das vezes estavam o cirurgião, anestesista e o enfermeiro, com 79,4%.

Tabela 4. Avaliação quanto à disponibilidade de recursos materiais e de imagens e antibioticoterapia no procedimento cirúrgico. Fortaleza (CE), Brasil, 2015. N=68

Equipamentos e materiais	n	%
Sim	68	100
Exames laboratoriais e de imagem na sala		
Sim	65	95,6
Não	3	4,4
Administração de antibiótico profilático nos últimos 60 minutos		
Sim	29	42,7
Não	39	57,3

Constatou-se que 100% dos equipamentos e materiais especiais solicitados foram checados e estavam disponíveis na sala de cirurgia no momento do procedimento. A solicitação dos exames laboratoriais e de imagem na sala de cirurgia foi atendida prontamente em 95,6%. O uso de antibiótico profilático, pelo menos sessenta minutos antes da incisão cirúrgica, foi verificado em 42,7% dos pacientes.

DISCUSSÃO

Observou-se predominância de pacientes do sexo feminino (51,5%), na faixa etária de 54 a 64 anos (38%). As cirurgias classificadas como gerais prevaleceram.
Os registros associados ao jejum do paciente foram identificados na maioria dos impressos avaliados. Esse dado é importante, em virtude do risco de aspiração brônquica pela falta de jejum, constituindo um elemento importante para a segurança do paciente.
Enfatiza-se que o jejum no período pré-operatório objetiva minimizar o conteúdo de alimentos no estômago, diminuindo o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico e

prevenindo a aspiração pulmonar e suas consequências. Em contrapartida, o jejum prolongado diminui a ação fisiológica da insulina, o que leva à redução da glicose para os tecidos, mobilizando a gordura e proteína e promovendo um balanço nitrogenado negativo. Esse estado metabólico contribui para o aumento das taxas de infecção e mortalidade.¹⁵
No que refere às alergias, esse dado estava presente na grande maioria dos impressos, demonstrando presença ou não de alergia a algum tipo de produto pelos pacientes. Contudo, ainda havia um percentual de impressos que não constavam informações a esse respeito, o que pode configurar um risco para o paciente.
Estudo anterior relata um caso de reação anafilática induzida por látex em uma laparotomia de emergência, não havendo relato prévio de alergia pela paciente.¹⁶ Desse modo, comprova-se que o risco potencial de reação anafilática existe, sendo imprescindível que o paciente seja indagado sobre alergia a algum produto antes do procedimento.

Outra informação essencial, que constava na grande maioria dos prontuários analisados, é o uso de anticoagulante, em virtude do risco de sangramento, que pode ser maior ou menor, dependendo do procedimento cirúrgico realizado. O uso de anticoagulante eleva o risco de ocorrência de hemorragias no período intraoperatório, principalmente em cirurgias em que o tempo de procedimento é extenso, como as neurológicas.¹⁷

Constatou-se que a quase totalidade dos pacientes (91,2%) estava usando a pulseira de identificação na sala de cirurgia. Quanto à segurança do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico, sua correta identificação é um ponto crucial, constituindo papel de todos os membros da equipe cirúrgica a verificação dessa identificação.¹¹

O termo de consentimento ou autorização para cirurgia é uma exigência assegurada por lei, sendo necessária em cirurgias eletivas, conferindo proteção tanto para o paciente quanto para o cirurgião. Verificou-se que o termo estava assinado pela maioria dos pacientes submetidos à cirurgia que foram observados.

O risco de hemorragia durante o procedimento foi avaliado em todos os impressos, não havendo disparidades entre os pacientes que apresentavam risco e os que não apresentavam. É importante frisar que em cirurgias onde o sangramento fica evidenciado, as transfusões de sangue ou de hemoderivados podem ser solicitadas, devendo a enfermeira ficar ciente de considerações especiais relacionadas com essa reposição sanguínea.¹⁸

Durante o procedimento da indução anestésica, a equipe predominante incluía o cirurgião, o anestesista, que é o responsável pela indução anestésica e pela monitorização dos pacientes durante a cirurgia, e o enfermeiro, configurando uma equipe completa para prestar um cuidado com segurança.¹⁸

Levando em conta a possibilidade de intercorrências durante o procedimento cirúrgico e os riscos associados ao contexto, especificamente à anestesia, o momento da indução anestésica é importante para o sucesso do procedimento como um todo. Lesões cerebrais causadas por hipóxia ocorrem em minutos, por isso a importância da monitorização do paciente e de uma boa assistência na indução anestésica.¹⁸

A verificação de funcionalidade e disponibilidade dos equipamentos utilizados para realização do procedimento deve ser feita antes da cirurgia e é um dos pontos do

checklist da cirurgia segura. Caso exista algum problema, este deve ser comunicado à enfermeira responsável a fim de que sejam tomadas as devidas providências.^{9,11}

Os exames laboratoriais e de imagem concorrem para a segurança do paciente, tendo em vista que podem confirmar alterações importantes ou complicações, tornando as medidas necessárias para a correção dos problemas mais precoces. Tais exames foram prontamente realizados na quase totalidade das vezes que foram solicitados.

Quanto à administração de antibiótico profilático, constatou-se que em 42,7% os mesmos foram administrados, não sendo necessário o uso em 57,3%. O uso de antibióticos antes do procedimento cirúrgico varia de acordo com o procedimento cirúrgico realizado, sendo iniciado em até uma hora antes da incisão, repetindo-se a dose caso a cirurgia se prolongue por mais de quatro horas, utilizando o antimicrobiano por no máximo 24 horas.¹⁹

CONCLUSÃO

Verificou-se predominância de pacientes do sexo feminino, na faixa etária de 54 a 64 anos, sendo a maioria dos procedimentos realizada na área de cirurgia geral.

Concernente aos aspectos relativos à segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico, havia registros sobre jejum, alergias e uso anticoagulante. A quase totalidade dos pacientes portava pulseira de identificação, tanto na entrada para o centro cirúrgico quanto na saída, e possuía o termo de consentimento assinado.

Ao avaliar a segurança do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico por meio de uma lista de verificações, a partir da observação dos procedimentos cirúrgicos, foi constatado que a maioria não possuía risco para hemorragias e a segurança anestésica foi garantida a todos os pacientes pesquisados, visto que no momento da indução houve uma prevalência da equipe essencial. É válido salientar que a sincronia de comunicação entre a equipe cirúrgica e a adequada implementação do *checklist* levam à redução da possibilidade de erros, contribuindo para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Genebra[Internet]. 2008 [cited 2015 Oct 15]. Available from:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf

2 Toffoletto MC, Ruiz XR. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. Rev enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 23];47(5):1099-1107. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf

3 Mello JF, Barbosa, SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto contexto enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 10];22(4):1124-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031

4 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília [Internet] 2013. [cited 2015 Juny 11]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/aef73f804025bfd1a2edf2dc5a12ff52/Modulo_1_Assistencia_Segura.pdf?MOD=AJPERES

5 Fernando FSL, Almeida MTG, Oliveira KA, Lopes VS, Moreschi CL. Segurança do paciente: análise reflexiva. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 13];10(Suppl. 2):894-902. Available from: [file:///C:/Users/Win/Downloads/7464-83573-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Win/Downloads/7464-83573-1-PB%20(1).pdf)

6 Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2008 [cited 2015 Sept 13];11(1):55-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005

7 Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 26];36(4):281-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf>

8 Shekelle PG, Pronovos PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Annals of Internal Medicine [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 29];158(5_Part_2):365-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23460091>

9 Pancieri AP, Carvalho RD, Braga EM. Aplicação do check list para a cirurgia segura: Relato de experiência. Rev SOBECC [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 23];19(1): 26-33. Available

from: http://itarget.com.br/newclients/sobec.org.br/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/05_sobecc_v19n1.pdf

10 Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Checklists de segurança cirúrgicas: uma revisão. ANZ Journal of Surgery [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 14];84(3):148-54. Available from: <http://www.epistemonikos.org/pt/documents/e33065dcb8b501b8272e3b552faac7ada0a2354b/document>

11 Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. 2009 [cited 2015 May 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf

12 Treadwell JR, Lucas, S, Tsou, A. Y. Surgical Checklists: A Systematic Review Of Impacts And Implementation. BMJ Quality and Safety [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 14];1:1-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23922403>

13 Panesar SS, Noble DJ, Mirza SB, Patel B, Mann B, Emerton M, et al. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics ? - Can the checklist help ? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system J Orthop Surg Res [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 20];6:18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101645/>

14 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Informe Epidemiológico SUS. 2012;3:67-35.

15 Corrêa DC, Ribeiro NRR. Jejum pré e pós-procedimento - duração e percepção da criança/adolescente e sua família. Porto Alegre [Internet] 2013. [cited 2015 Mar 10]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/78402/000898813.pdf?sequence=1>

16 Machado JA, Cunha RCD, Oliveira BH, Silva J. Reação anafilática induzida por látex em paciente submetido à apendicectomia aberta: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 15];61(3):363-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300012

17 D'arcy Y. Managing pain in a patient who is drug dependent. Nursing. 2007, 37(3):36-41.

Studart RMB, Melo EM, Silva SLA da et al.

Avaliação sobre a segurança do paciente...

18 SmeltzerSC, Bare AC. Brunner/Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2011.

19 Mekler A, Fonseca AG. Recomendações profiláticas para pacientes cirúrgicos. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 22];6:75-81. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9298/7204>

Submissão: 17/08/2016

Aceito: 24/04/2017

Publicado: 15/05/2017

Correspondência

Elizabeth Mesquita Melo
Rua Ageu Romero, 100, Ap. 02
Bairro São Gerardo
CEP: 60325-110 – Fortaleza (CE), Brasil