

UTILIZAÇÃO DE CENÁRIOS PARA A EDUCAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO

Use of scenarios for education about patient safety in a surgery center

Utilización de escenarios para la educación sobre seguridad del paciente en quirófano

Elena Bohomol¹, Juliana de Abreu Tatarli²

RESUMO: Objetivo: Apresentar cenários da prática de enfermagem assistencial e gerencial relacionados aos procedimentos perioperatórios como estratégia educacional. **Método:** A população foi composta de cenários redigidos de uma investigação prévia. Foi realizada uma análise secundária das informações disponíveis. **Resultados:** Foram identificados sete cenários que representam o cotidiano de trabalho dos enfermeiros relacionado aos procedimentos perioperatórios. Desses cenários, quatro descrevem situações que apresentam eventos adversos que atingiram o paciente, dois *near misses*, e um contextualiza uma situação de risco. Três cenários contextualizavam situações com pacientes idosos e um com paciente pediátrico. **Conclusão:** Os cenários podem apresentar situações assistenciais e propiciar reflexões para minimizar oportunidades de erros, melhorar a assertividade da comunicação, propiciar esclarecimento sobre conceitos de qualidade e promover a utilização de protocolos de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Enfermagem de Centro Cirúrgico. Educação em saúde.

ABSTRACT: Objective: To present scenarios in the nursing care and management practice related to the perioperative procedures as an educational strategy. **Method:** The population was composed of scenarios from a previous investigation. There was a secondary analysis of the information available. **Results:** Seven scenarios were identified representing the nurses work routine in relation to perioperative procedures. Of these scenarios, four describe situations that present adverse events that affected the patient, two near misses, and one contextualizing a risk situation. Three scenarios contextualized situations with elderly patients, and one with a pediatric patient. **Conclusion:** The scenarios may present care-related situations, providing reflections to minimize opportunities for error, improving the assertiveness of communication, providing clarification about concepts of quality and promoting the use of patient safety protocols.

Keywords: Patient safety. Operating room nursing. Health education.

RESUMEN: Objetivo: Presentar escenarios de la práctica de enfermería asistencial y de gerencia relacionados a los procedimientos perioperatorios como estrategia educacional. **Método:** La población fue compuesta de escenarios redactados de una investigación previa. Fue realizado un análisis secundario de las informaciones disponibles. **Resultados:** Fueron identificados siete escenarios que representan lo cotidiano de trabajo de los enfermeros relacionado a los procedimientos perioperatorios. De esos escenarios, cuatro describen situaciones que presentan eventos adversos que alcanzaron el paciente, dos near misses, y uno contextualiza una situación de riesgo. Tres escenarios contextualizaban situaciones con pacientes ancianos y uno con paciente pediátrico. **Conclusión:** Los escenarios pueden presentar situaciones asistenciales y propiciar reflexiones para minimizar oportunidades de errores, mejorar la asertividad de la comunicación, propiciar aclaración sobre conceptos de calidad y promover la utilización de protocolos de seguridad del paciente. **Palabras clave:** Seguridad del paciente. Enfermería de quirófano. Educación en salud.

¹Enfermeira pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC); professora adjunta da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: ebhomol@unifesp.br
Rua Napoleão de Barros, 754 – Vila Clementino – CEP: 04024-002 – São Paulo (SP), Brasil.

²Enfermeira pelo Centro Universitário São Camilo (CUSC); especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pelo CUSC; executiva de vendas na Baxter International Inc. – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: jltatarli@uol.com.br

Recebido: 28 abr. 2017 – Aprovado: 8 maio 2017

DOI: 10.5327/Z11414-4425201700030004

INTRODUÇÃO

A história sobre a segurança do paciente é longa e bastante conhecida. *Primum non nocere*, termo atribuído a Hipócrates (460AC-377AC), significa, em latim, “primeiro, não prejudicar” e geralmente é usado por profissionais em referência à necessidade de evitar riscos, custos e danos dispensáveis aos pacientes quando carecem de atenção para sua saúde¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos durante o período que precisa receber cuidados e tratamentos². Portanto, ao se falar de eventos adversos, entendidos como incidentes que resultam em danos para o paciente, isso implica, obrigatoriamente, pensar e propor ações a serem implantadas para a melhoria da estrutura, do processo e do resultado nas organizações que prestam assistência à saúde, objetivando mitigar os danos ao paciente. Entre essas ações, estão os processos de educação tanto dos profissionais como pacientes e família^{1,2}.

Em 1999, o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* chamava a atenção das organizações formadoras para a necessidade da reavaliação dos currículos e a incorporação dos conceitos de segurança do paciente para a educação de estudantes e profissionais, explorando oportunidades para o desenvolvimento da prática interdisciplinar¹.

Quinze anos depois, um novo relatório destaca oito recomendações que devem ser implementadas para acelerar a melhoria da segurança do paciente no universo da assistência à saúde. Nele, reconhece-se a importância de incorporar a segurança do paciente à educação ressaltando que as organizações devem abraçar e incentivar esse processo, incluindo aspectos dessa temática nos currículos escolares, como também em vários níveis de treinamento institucionais³.

Perante um movimento mundial para a segurança do paciente, o Ministério da Saúde brasileiro lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa monitorar e prevenir os incidentes que resultam em danos na assistência ao usuário em hospitais e outras unidades de saúde, e entre seus objetivos estão produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente⁴.

Por conseguinte, a educação em segurança do paciente implica desenvolver experiências de aprendizado para que as pessoas tenham a oportunidade de usar a evidência científica e de ser capazes de descrever os componentes do cuidado centrado no paciente, além de identificar os desvios em sua prática e determinar quais as ações que precisam ser adotadas para a correção deles, como membros de uma equipe interdisciplinar^{5,6}.

Todavia, existe um descompasso entre o que deve ser feito e o que de fato acontece nas práticas educacionais e assistenciais, culminando em um desafio aos profissionais de como se deve ensinar segurança do paciente. O assunto é tratado de modo fragmentado no sistema de saúde e educacional, e cada um busca, a seu modo, as melhorias para os seus processos de trabalho^{2,3}.

O *Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde* traz uma ampla atualização a respeito dos diferentes aspectos que envolvem o ensino sobre segurança do paciente, orientando a diversidade de estratégias para esse processo, e cita: palestras, material de leitura, tutoriais, atividades *on-line*, treinamento de habilidades, vídeos, jogos, além de discussões baseadas em estudos de caso e cenários que retratam a prática⁷. Todavia, ao propor cenários, recomenda-se que eles sejam advindos de situações reais e que permitam subsidiar o aprofundamento nos conceitos apresentados, debater um contexto passível de acontecer na prática e estabelecer as melhores condutas a serem tomadas.

Os cenários podem incluir situações incomuns e serem apresentados para determinada categoria profissional, mas devem ser suficientemente críticos para permitir respostas rápidas e curtas dos participantes. O mesmo conteúdo também pode ser discutido entre diferentes equipes, de modo a contextualizar os seus processos de trabalho, objetivando várias visões sobre determinado fato⁷.

Ao propor um cenário, além da situação em si, é possível trabalhar com perguntas norteadoras que estimulem o raciocínio crítico e o debate entre as pessoas. Diferentes cenários podem ser desenvolvidos sobre eventos adversos e técnicas para minimizar oportunidades de erros, como a prática do *briefings* (preleção) e *debriefings* (comentários posteriores e recomendações). Eles permitem a realização de questionamentos diversos, esclarecimento de conceitos, treinamento para assertividade da comunicação interpessoal e reflexão quanto à utilização de protocolos de segurança do paciente.

Como existe uma preocupação global a respeito da segurança do paciente de modo geral, faz-se importante pensar no paciente cirúrgico particularmente. No mundo são realizadas cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano, e, em virtude do aumento de doenças cardiovasculares, traumas e câncer, associados à maior expectativa de vida da população, espera-se aumento da incidência de enfermidades cirúrgicas nos próximos anos. Pressupõe-se que exista em torno de 3 a 16% de complicações cirúrgicas, resultando em sete milhões de situações incapacitantes e com índices de mortalidade entre

0,4 a 0,8%, concluindo-se com isso que haverá crescimento de eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos⁸. Portanto, o processo educacional nessa área se torna urgente e premente.

O objetivo deste trabalho é apresentar cenários da prática de enfermagem assistencial e gerencial relacionada aos procedimentos perioperatórios como estratégia educacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo cuja população foi composta de cenários redigidos para uma investigação prévia denominada “Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem”, aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, tendo como registro o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0047.0.360.360-09, no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa. O estudo, cujas informações deram origem a este trabalho, foi transversal e descritivo, desenvolvido em centro cirúrgico de um hospital privado da cidade de São Paulo (SP), realizado com profissionais de enfermagem que responderam a um questionário elaborado pelos pesquisadores e validado por três juízes especialistas na área de centro cirúrgico (CC). Entre as três partes do questionário, utilizou-se no presente

estudo a revisita aos cenários que apresentam situações da prática assistencial no ambiente cirúrgico⁹.

Para a redação dos cenários na ocasião, foi usada a estratégia da pesquisa documental por meio dos documentos dos relatórios dos principais eventos adversos que ocorreram na unidade de CC e da revisão bibliográfica. Para a revisão, foram utilizados os descritores assistência ao paciente, gerenciamento de segurança, procedimentos cirúrgicos operatórios e eventos adversos cirúrgicos e pesquisadas as bases da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline[®]) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como se selecionaram 13 artigos nos idiomas inglês e português.

Foi feita uma análise secundária das informações disponíveis, e os cenários foram discutidos à luz de publicações que contemplam a segurança do paciente cirúrgico.

RESULTADOS

Foram desenvolvidos sete cenários, apresentados no Quadro 1.

Pela descrição do cenário 1, é possível abordar três aspectos: o agendamento de dois procedimentos distintos em locais diferentes e no mesmo horário; o atraso para realização do procedimento cirúrgico eletivo; e a exposição do paciente

Quadro 1. Descrição dos cenários.

Cenário 1	Um adolescente de 12 anos, com diabetes tipo 1, teve atrasado o início do seu procedimento cirúrgico em três horas, porque estava em um exame eletivo de raio x. Após o exame, ele foi encaminhado ao centro cirúrgico, uma vez que a equipe cirúrgica o aguardava e lá recebeu o pré-anestésico. Ao começar o procedimento anestésico, o paciente já estava com período de jejum superior a 12 horas.
Cenário 2	Uma jovem de 25 anos foi submetida a um procedimento estético com previsão de quatro horas de duração. Em razão da idade da paciente, não foram instaladas medidas de conforto para prevenção de lesão por pressão. Ao adentrar na recuperação anestésica, verificou-se que a paciente desenvolveu lesão nos calcâneos grau 1.
Cenário 3	Um procedimento de videolaparoscopia abdominal foi convertido em cirurgia aberta. A contagem de compressas não foi realizada no início do procedimento e ao término não houve conferência dessas compressas.
Cenário 4	Uma mulher com 68 anos, fumante, foi submetida a uma cirurgia eletiva de grande porte. Não foram colocadas meias antitrombóticas nem se fez uso de massageador de membros inferiores como medidas preventivas de tromboembolismo.
Cenário 5	Um senhor de 60 anos adentrou no centro cirúrgico para realização de hemorroidectomia em sala operatória com temperatura de 21°C. A previsão do procedimento era de 45 minutos, por isso não foram adotadas estratégias preventivas de aquecimento. O paciente deu entrada na recuperação anestésica com temperatura de 34,5°C.
Cenário 6	Em um dia cirúrgico, foram agendadas duas artroscopias de joelho. A sala estava montada para a primeira cirurgia, que seria em joelho direito, com os equipamentos posicionados do lado esquerdo. Porém o paciente que foi chamado em primeiro lugar deveria realizar artroscopia em joelho esquerdo. A equipe médica insistiu em realizar o procedimento, alegando que não havia necessidade de reorganizar a sala.
Cenário 7	Um senhor de 78 anos foi submetido a uma colectomia em virtude de um câncer de reto. Ao ser retirada peça cirúrgica, o circulante de sala perguntou ao instrumentador sobre seu destino, sendo-lhe informado que deveria ser descartada. Três dias depois, o cirurgião solicitou o laudo da anatomia patológica dessa peça.

a jejum superior a 12 horas, destacando-se que um evento adverso ocorreu. O cenário 2 apresenta a ocorrência de um evento adverso que atingiu o paciente com o desenvolvimento de lesão por pressão grau I. O cenário 3 traz um incidente que coloca em risco a segurança do procedimento cirúrgico. Como não há informações se houve ou não o esquecimento de corpo estranho, considera-se, portanto, a situação como um *near miss*, ou quase falha, isto é, um incidente que não atingiu o paciente². O cenário 4 expõe a situação de uma paciente que tem risco para o desenvolvimento de tromboembolismo. Mesmo que não se tenham sido verificados sinais de trombose venosa profunda, a paciente requer observação e monitoramento da equipe que a assiste para averiguar se ocorreu ou não evento adverso. O cenário 5 trata de um evento adverso e que poderia ser evitado, relacionado à hipotermia em paciente idoso. O cenário 6 expõe uma situação de risco para cirurgia em local errado, todavia o fato não ocorreu, denotando um *near miss*. No cenário 7, constata-se um evento adverso ao paciente, porque não há laudo do anátomo patológico, trazendo dúvidas quanto à conduta a ser tomada para o tratamento do paciente.

As perguntas norteadoras para cada cenário foram:

1. Isso é um evento adverso perioperatório? Possibilidade de resposta: sim ou não;
2. Quem é o responsável por esse evento? Possibilidade de resposta: equipe médica; equipe de enfermagem do CC; equipe de enfermagem da unidade; equipe multidisciplinar; todos os envolvidos;
3. Deve ser feita a notificação do ocorrido? Possibilidade de resposta: sim ou não.

DISCUSSÃO

O ensino sobre segurança do paciente tanto nas escolas quanto nos estabelecimentos assistenciais é algo novo e requer estratégias que vão ao encontro da necessidade de transformações do modo tradicional de ensinar e de aprender⁵⁻⁷. A utilização de cenários facilita esse exercício, uma vez que eles possibilitam um momento reflexivo, a discussão de questões éticas e competências atitudinais, o reforço quanto à implementação de procedimentos, protocolos e rotinas, sendo mesmo financeiramente acessíveis a inúmeras instituições. Em virtude do repertório de seu conteúdo, eles alimentam os temas que podem ser trabalhados na estratégia de simulação¹⁰.

Três cenários apresentados retratam situações com pessoas idosas submetidas a procedimentos cirúrgicos. Tal contexto pode

ser bem explorado no ensino sobre segurança do paciente, pois o envelhecimento populacional é um fenômeno observado no Brasil e no mundo. Em decorrência disso, essa é uma população que tem utilizado com mais frequência os serviços de saúde e consequentemente está sujeita a mais riscos e eventos adversos. Com o aumento da idade, o paciente é mais suscetível a doenças e complicações, é submetido a um número maior de procedimentos, além de apresentar maior probabilidade de morte. O idoso é uma pessoa vulnerável, biológica, social e psicologicamente, necessitando, portanto, que o profissional de saúde direcione cuidados específicos à sua necessidade¹¹.

A criança e o adolescente também representam um segmento vulnerável, e uma abordagem cirúrgica foi apresentada em um dos cenários. Esse tipo de paciente, que requer complexa rede de demandas de cuidados e atenção, exige constante troca de experiências e saberes de um grupo multiprofissional. A comunicação assertiva é fundamental para que se promova um cuidado seguro, relevante para o estabelecimento de uma boa interação entre os pacientes e seus pais ou responsáveis e membros da equipe de assistência¹².

Todas as situações exibidas nos cenários são passíveis de serem encontradas no cotidiano de trabalho de um CC. O evento adverso ocorrido no cenário 1 foi o atraso da cirurgia e o longo tempo de jejum do paciente, sem, contudo, apresentar as consequências ao paciente. Essas situações são passíveis de solução com a adequada gestão de fluxo dos pacientes, assegurando que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, durante todo o tempo¹³. Outra medida a ser discutida é a passagem de plantão eficaz, utilizando, por exemplo, formas estruturadas, como o SBAR para a comunicação entre turnos, serviços e unidades. O SBAR é um acrônimo das palavras em inglês *situation* (situação atual), *background* (histórico), *assessment* (avaliação) e *recommendation* (recomendação)⁷. Ainda, é possível explorar nesse cenário a necessidade de implementar protocolos de abreviação de jejum, principalmente para crianças, uma vez que atrasos para o início de cirurgia e mudanças nos horários das salas são frequentes. Estudos apontam que a abreviação de jejum perioperatório em pacientes candidatos a operações eletivas se associa ao menor tempo de internação hospitalar e à diminuição de complicações pós-operatórias¹⁴.

No cenário 2 é apresentado o evento adverso desenvolvimento de lesão por pressão grau I durante o procedimento cirúrgico. Embora seja o estágio inicial da lesão, essa situação requer medidas de observação e monitoramento do paciente, já que condutas de prevenção não foram adotadas. Colocar o paciente na posição correta deve ser visto como um

procedimento importante e, por vezes, de grande complexidade, que envolve vários riscos os quais, se não observados com responsabilidade nem competência, podem comprometer a saúde física e mental do paciente assistido. Estudos demonstram que a ocorrência de lesões por pressão em cirurgias eletivas é alta, a região sacro/glútea normalmente é a mais atingida e há maior incidência de lesões em estágio II¹⁵.

A situação do cenário 3 remete ao segundo desafio da OMS quanto ao estabelecimento do protocolo de cirurgia segura, especialmente à utilização de um *check-list* com observância de três etapas: *sign-in* (antes da indução anestésica), *time out* (antes da incisão cirúrgica) e *sign-out* (antes de o paciente sair da sala de operação)⁸. A obrigatoriedade de implantação nas instituições brasileiras configura-se nas diretrizes do PNSP, e a conclusão da contagem de compressas e instrumentais é destacada no protocolo específico do programa⁴. A consequência da não observância da correta contagem de compressas pode colocar o paciente em risco. A descrição de corpos estranhos retidos na cavidade abdominal após um procedimento cirúrgico é escassa na literatura e pode estar relacionada à subnotificação, pois tal situação expõe não somente a equipe cirúrgica, como a instituição em geral, podendo trazer consequências jurídicas aos envolvidos. Eventos relacionados ao corpo estranho retido em cavidade são graves, e é papel da equipe cirúrgica e de enfermagem prevenir tal risco¹⁶.

O cenário 4 permite uma ampla discussão e abordagem a respeito dos fatores de risco para o desenvolvimento de trombose venosa profunda em pacientes submetidos a diversos procedimentos cirúrgicos, além de ressaltar a importância da implementação dos protocolos de profilaxia e o gerenciamento de sua utilização. A trombose venosa profunda é a maior causa de óbitos intra-hospitalares no mundo e, paradoxalmente, a mais evitável. Os protocolos de profilaxia existem há mais de 15 anos e ainda são pouco cumpridos¹⁷.

O cenário 5 retrata uma situação comum dentro das salas cirúrgicas: o risco para hipotermia, isto é, quando a temperatura corporal está abaixo dos 36°C. Tal fato está relacionado às alterações na termorregulação provocadas não só pelo efeito anestésico, responsável por redução de 20% na produção metabólica de calor, mas também em razão do ambiente frio da própria sala. Pacientes idosos têm mais risco de hipotermia. Portanto, medidas preventivas de aquecimento devem ser instituídas. Inicia-se com a monitorização da temperatura corporal do paciente e utilização de sistemas de aquecimento ativo, como cobertores de aquecimento, colchões e vestuário com circulação de água quente¹⁸.

O cenário 6 não apresenta um evento adverso, mas permite refletir sobre os papéis dos diversos profissionais que

atuam no procedimento cirúrgico. No caso da equipe médica, verifica-se objetividade para a resolução de um problema de agendamento, sem avaliar a possibilidade de um erro ocorrer. No tocante à equipe de enfermagem, vê-se a falta de posicionamento quanto às regras de segurança, colocando em risco o paciente. São questões que podem ser consideradas à luz da implantação do *check list* de cirurgia segura, para ser utilizado em qualquer hospital, independentemente do grau de complexidade do procedimento, auxiliando as equipes a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança. Estudos mencionam as dificuldades na implantação do *check list* e na adesão a ele em hospitais brasileiros, relatando a falta da liderança comprometida com esse processo, a carência de recursos e estrutura nas organizações e a inexistência da promoção de uma cultura organizacional de valorização da segurança como alguns dos aspectos encontrados¹⁹.

O cenário 7 permite ponderar sobre três aspectos: A rotina estabelecida para o descarte de peças cirúrgicas; A falta de conhecimento a respeito do paciente tanto por parte do instrumentador quanto por parte da equipe de enfermagem; A comunicação ineficaz dos envolvidos.

A implementação e utilização do *check list* de cirurgia segura em sua terceira fase apontam para a obrigatoriedade de se ater à identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida. Atentar para esse passo seria uma boa barreira para que o destino da peça cirúrgica fosse verificado em momento adequado, com os envolvidos ainda dentro da sala de operações. A identificação correta das biópsias é fundamental para que o processo seja bem conduzido, sem que haja necessidade de novo procedimento ou ter de lidar com dúvidas quanto aos direcionamentos de tratamento a serem dados. Por outro lado, estudos afirmam que a falta de comunicação entre equipe de enfermagem e equipe médica é uma forte razão para a ocorrência de eventos adversos, sugerindo que o bom cuidado à saúde é dependente de uma comunicação efetiva entre os profissionais. A comunicação ineficaz pode estar condicionada a comportamentos hostis da equipe cirúrgica ou sentimentos de intimidação por parte da equipe de enfermagem, omitindo alertas importantes que previnam eventos adversos ao paciente⁹.

A utilização de perguntas norteadoras é importante, pois permite aos profissionais refletirem se conhecem o que de fato é um evento adverso e se este deve ser notificado. Estudos concluem que há dúvidas se determinada situação pode ser ou não considerada como um evento adverso, demonstrando a necessidade de se discutir essas questões no âmbito profissional⁹. É importante ter clareza das diferenças

entre incidente, erro, evento adverso, evento sentinela, entre outros termos utilizados².

Discutir a necessidade de notificação dos eventos adversos pode trazer à tona as dificuldades de se tratar as situações que atingem o paciente como um processo de aprendizado. Por vezes há receios e medos de represálias que podem vir em função dos danos causados aos pacientes^{1-3,11,20}, ou talvez, ao contrário, ocorre a subvalorização do fato porque o evento não atingiu o paciente, o que é chamado de *near miss*, inibindo condutas preventivas de melhoria dos processos assistenciais^{2,4,20}.

A segurança do paciente não é responsabilidade de apenas uma categoria profissional, por isso a importância de se discutir os papéis de cada um nos contextos de assistência. É possível imaginar que as responsabilidades pelas situações apresentadas possam recair apenas na equipe de enfermagem (por exemplo, a colocação de medidas de prevenção para tromboembolismo, contagem de compressas ou hipotermia) ou equipe médica (por exemplo, adequação da sala, encaminhamento de peças para anatomia patológica, atraso no início da cirurgia). Todavia, ao se trabalhar com a cultura de segurança nas instituições, os papéis completam-se em prol do paciente^{9,18}.

A limitação do estudo está relacionada à apresentação de poucos cenários dentro do contexto perioperatório. Novas situações e possibilidade de interlocuções multiprofissionais poderiam ser exploradas, incentivando outros estudos na área.

CONCLUSÃO

Exibiram-se sete cenários que envolvem a prática de enfermagem assistencial e gerencial relacionada aos procedimentos perioperatórios, possibilitando uma proposta educacional a ser adotada em ambientes assistenciais e educacionais em saúde.

Foram destacadas quatro situações que envolvem eventos adversos, duas que são *near misses* e uma em que não fica nítida a ocorrência de danos ao paciente, demonstrando que nem todos os contextos são claros no cotidiano de trabalho ou permitem afirmar se houve ou não um evento adverso. Também se apresentaram três cenários que contextualizavam situações com pacientes idosos e um paciente pediátrico.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization; Alliance for Patient Safety. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. National Patient Safety Foundation. Livro de danos. Acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois do To Err is Human. 2016 [acesso em: 2017 abr. 23]. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/livres-de-danos-acelerar-melhoria-da-seguran%C3%A7a-do-paciente-quinze-anos-depois-de-err-human>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2013 abr. 2 [acesso em: 2017 abr. 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Kiersma ME, Plake KS, Darbshire PL. Patient safety instruction in US health professions education. Am J Pharm Educ. 2011 Oct 10;75(8):162.
6. Sukkari SR, Sasich LD, Tuttle DA, Abu-Baker AM, Howell H. Development and evaluation of a required patient safety course. Am J Pharm Educ. 2008 Jun 15;72(3):65.
7. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011.
8. World Health Organization. Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2009.
9. Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2013;26(4):376-81.
10. Oliveira SN, Prado ML, Kempfer SS. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. Rev Min Enferm. 2014;18(2):487-95.
11. Almeida ABA, Aguiar MGG. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. Rev Bioét. 2011;19(1):197-217.
12. Reis AT, Santos RS, Caires TLG, Passos RS, Fernandes LEP, Marques PA. O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. 2016;21(esp.):1-8.
13. Institute for Healthcare Improvement. Changes. Match Capacity and Demand to Improve Flow [Internet]. [acesso em: 2017 abr. 23]. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/MatchCapacityandDemand.aspx>

14. Pinto AS, Grigoletti SS, Marcadentia A. Fasting abbreviation among patients submitted to oncologic surgery: systematic review. *ABCD Arq Bras Cir Dig [Internet]*. 2015 [acesso em: 2017 abr. 22];28(1):70-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000100070&lng=en
15. Ursi ES, Galvão CM. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes submetidos a cirurgias eletivas. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):653-59.
16. Schanaider A, Manso JEF. Corpos estranhos provenientes de acessos cirúrgicos à cavidade abdominal: aspectos fisiopatológicos e implicações médico legais. *Rev Col Bras Cir [Internet]*. 2006 Aug [acesso em: 2017 abr. 22];33(4):250-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912006000400011&lng=en
17. Okuhara A, Navarro TP, Procópio RJ, Bernardes RC, Oliveira LCC, Nishiyama MP. Incidência de trombose venosa profunda e qualidade da profilaxia para tromboembolismo venoso. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(1):2-6.
18. Lopes IG, Magalhães MAS, Sousa ALA, Araújo IMB. Prevenir a hipotermia no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm*. 2015;4(4):147-55.
19. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):137-48.
20. Silva FG, Oliveira Junior NJ, Oliveira DO, Nicoletti DR, Comin E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. *Rev SOBECC*. 2015;20(4):202-9.