

## CIRURGIAS SEGURAS: INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA PERIOPERATÓRIA\*

### SAFE SURGERY: AN INSTRUMENT FOR OBSTETRIC PERIOPERATIVE NURSING CARE

Tamires Mota da Silva<sup>1</sup>, Neuma de Souza Oliveira<sup>1</sup>, Patrícia Rezende do Prado<sup>2</sup>

1. Sistema Assistencial à Saúde da Mulher e da Criança, Rio Branco, Acre, Brasil

2. Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil

\*Autor correspondente: [tamires-mota@live.com](mailto:tamires-mota@live.com)

### RESUMO

**Objetivo:** Construir e validar o conteúdo de um instrumento de enfermagem obstétrica perioperatória para uma maternidade da cidade de Rio Branco Acre, Brasil, visando atender as exigências da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde Brasileiro para a segurança cirúrgica. **Método:** Relato de experiência de construção e validação de um instrumento de enfermagem. A construção do instrumento fundamentou-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, no Manual de cirurgias seguras do Ministério da Saúde Brasileiro e na revisão bibliográfica sobre o tema. O instrumento foi validado por 21 profissionais do serviço e da academia, todos com experiência na área. Para validação de conteúdo do instrumento foram realizadas aulas expositivas para treinamento da equipe de enfermagem e médica. **Resultados:** O instrumento foi construído em duas folhas, constituído em sua maioria em perguntas em *check – list*, o que permite ao profissional um direcionamento na prestação de serviços a paciente cirúrgica obstétrica. O instrumento consta de seis partes, sendo: identificação do paciente, período pré-operatório mediato (setor de internação, enfermaria e pré-parto, parto e puerpério, período pré-operatório imediato, sala de observação do centro cirúrgico, período intraoperatória, sala de recuperação pós-anestésica e pós-operatório mediato (enfermaria). O instrumento foi analisado como satisfatório pelas avaliadoras por ser de fácil interpretação e preenchimento, foram acatadas sugestões para o instrumento assim como inseridos espaços extras para a anotação de enfermagem. **Conclusão:** O instrumento foi construído e validado de forma satisfatória pelos avaliadores atendendo os itens para a segurança cirúrgica e para o binômio mãe-filho.

**Palavra-chave:** Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente, Time Out na Assistência à Saúde, Obstetrícia.

### ABSTRACT

**Objective:** To construct and validate the contents of a perioperative obstetrical nursing instrument for a maternity hospital in the city of Rio Branco, Acre, Brazil, in order to meet the requirements of the World Health Organization and the Brazilian Ministry of Health for surgical safety. **Method:** Report of experience of construction and validation of an nursing instrument. The construction of the instrument was based on Wanda Horta's Basic Human Needs theory, the Safe Surgeries Manual of the Brazilian Ministry of Health and the bibliographic review on the subject. The instrument was validated by 21 experts from hospital and the academy, all with experience in the area. To validate the content of the instrument, lectures were given for the training of the nursing and medical team. **Results:** The instrument was constructed in two sheets, consisting mostly of check - list questions, which allows the professional to focus on the delivery of services to obstetric surgical patients. The instrument consists of six parts: patient identification, immediate preoperative period (hospitalization, ward and pre-delivery, delivery and puerperium, immediate preoperative period, operating room observation room, intraoperative period, room of post-anesthesia and post-operative recovery. The instrument was analyzed as satisfactory by the experts because it was easy to interpret and fill in, suggestions were accepted for the instrument as well as extra spaces for the nursing annotation. The instrument was satisfactorily constructed and validated by the evaluators, taking care of the items for surgical safety and for the mother-child binomial.

**Keyword:** Perioperative Nursing; Nursing Care; Safety; Patient Safety; Time out, Healthcare, Obstetrics.

## 1. INTRODUÇÃO

O aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a inovação e o desenvolvimento tecnológico têm aumentado a frequência de partos cesárea em várias partes do mundo. Essa evolução permitiu que a cesárea se tornasse uma das cirurgias mais difundidas, no entanto, todas as operações cirúrgicas possuem riscos, entre esses, os que mais se destacam são a hemorragia, infecção pós-parto e complicações da anestesia, além de maior probabilidade de complicações em virtude do número dos partos cesárea [1-2-3].

No Brasil, anualmente ocorrem cerca de três milhões de nascimentos, sendo grande parte deles por meio de partos cesárea. A utilização desta intervenção cirúrgica aumentou no país, sendo que em 1994 a taxa nacional era de 32 % e em 2010 chegou a 52 % do total de partos realizados [1-4].

No ano de 2002, devido ao crescente número de cirurgias e suas complicações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a 55ª Assembleia da Saúde Mundial na qual foram discutidos temas relacionados à saúde do paciente. Os debates culminaram na criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, cujo objetivo era intervir em temas relacionados à segurança do paciente. Para tanto, esta aliança lançou dois desafios globais, sendo que o 2º desafio, lançado nos anos de 2007 e 2008, objetivou a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, a anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e os indicadores da assistência cirúrgica, fundamentais na assistência dos partos cesárea [1-2].

Para atender ao 2º Desafio Global da OMS, o Ministério da Saúde Brasileiro, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) criaram um manual voltado para a segurança do paciente cirúrgico intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, o qual elencou quatro desafios subjacentes a serem vencidos para melhorar a segurança cirúrgica: 1) o reconhecimento da cirurgia como uma preocupação significativa em saúde pública; 2) o acesso à assistência cirúrgica básica como uma preocupação em cenários de baixa renda; 3) a realização de práticas de segurança já existentes, no entanto, não utilizadas de maneira confiável em nenhum país e 4) a prevenção de complicações anestésicas [5].

Em 2011, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas elaborou uma lista de verificação sucinta de segurança cirúrgica para a cesárea, iniciativa que contemplou alguns itens de segurança, como por exemplo, a solicitação do consentimento informado para a cesariana, indicação e quantidade de ecografias gestacionais realizadas, entre outros itens [6].

Embora aparentemente simples, a prática baseada em evidência mostra que a paciente se beneficia com *check-lists* bem desenhados quando utilizados de forma eficaz. Neste sentido, a implementação eficiente de um *check-list* para o atendimento perioperatório do binômio mãe-filho requer treinamento e mudança na cultura de segurança, bem como o estabelecimento de uma rotina de controle, medição e *feedback* regular dos resultados [7].

Neste sentido, também culminando com uma melhor segurança para o paciente, desde 1990 foi proposta que a assistência de enfermagem fosse realizada de forma sistematizada por meio do processo de enfermagem, cujo instrumento de coleta de informações do paciente cirúrgico foi denominado Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) [8].

Este instrumento deve conter informações individuais do paciente, com dados de identificação, anamnese, exame físico, necessidades de cuidados de enfermagem (diagnósticos de enfermagem), além de intervenções e avaliação dos cuidados oferecidos [9]. O SAEP tem como objetivo garantir uma assistência planejada, com foco em todos os períodos operatórios (perioperatório), ou seja, desde o pré-operatório (onde o paciente é informado que precisará realizar um procedimento cirúrgico e hospitalizado em um leito), intraoperatória (cirurgia propriamente dita) e o pós-operatório, onde o paciente já realizou a cirurgia, mas pode apresentar complicações. Devido a sua importância, no ano de 2000, a Sistematização da Assistência de Enfermagem tornou-se uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem [10].

Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar a construção e validação de conteúdo de um instrumento de enfermagem obstétrica perioperatória (IEOP) para uma maternidade da cidade de Rio Branco, Acre, visando atender as exigências da OMS propostas no 2º Desafio Global e reafirmadas no Manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” do Ministério da Saúde.

## **2. MATERIAL E MÉTODO**

Relato de experiência de construção e validação de conteúdo de um instrumento de enfermagem obstétrico perioperatório (IEOP) para a Maternidade Bárbara Heliadora, da cidade de Rio Branco, Acre, Brasil.

A Maternidade Bárbara Heliadora foi inaugurada no ano de 1949, passou por várias reformas, sendo que foi reinaugurada em 2010 em conjunto com o Hospital Infantil, formando um único complexo hospitalar materno-infantil que atende a capital do Acre, Rio Branco, e todos os municípios vizinhos, sendo referência em gestação de alto risco. Em 2010, sua estrutura foi tombada como patrimônio histórico do Acre [11]. O Centro Cirúrgico da Maternidade Bárbara Heliadora possui três salas cirúrgicas, realiza em média 8 cesáreas diariamente e possui um instrumento de coleta de dados, porém, não sistematizado, sem as etapas da resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 e sem a lista de verificação de cirurgias seguras do Ministério da Saúde Brasileiro [12].

A iniciativa deste trabalho surgiu da necessidade de monitorar e sistematizar o cuidado prestado à paciente desde sua entrada na maternidade até o pós-operatório na enfermaria, sendo um instrumento baseado em evidência científica. Para isto, foi firmado o apoio para a elaboração do instrumento IEOP, conforme exigências do Conselho Federal de Enfermagem e do Manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” entre as enfermeiras da maternidade e a professora do curso de enfermagem da Universidade Federal do Acre [4-5].

Deste modo, a construção e validação do IEOP foi realizado através das seguintes fases:

- 1) Conversa entre a coordenadora do núcleo de educação permanente da Maternidade Bárbara Heliadora, enfermeira responsável pelo Centro Cirúrgico e a docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre para firmar o interesse e planejar a metodologia do trabalho.
- 2) Revisão bibliográfica e construção do IEOP: a busca de artigos foi realizada pelas palavras chave enfermagem perioperatória, diagnósticos de enfermagem, centro cirúrgico, cirurgias seguras, SAEP, maternidade, obstetrícia e assistência de enfermagem nas bases de

dados do Scielo, Lilacs e BVS, além do Manual do Ministério da Saúde Brasileiro “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” que aborda a assistência de enfermagem no período perioperatório e contempla uma lista de verificação de segurança cirúrgica, além de um artigo de cirurgias seguras implantado no Hospital das Clínicas de Rio Branco e publicado em periódico nacional especializado em enfermagem cirúrgica [13]. Livros específicos de centro cirúrgico e exame físico também foram utilizados, assim como o atual instrumento de enfermagem do centro cirúrgico obstétrico.

Os referenciais teóricos selecionados tiveram como objetivo levantar dados e informações relevantes sobre o exame físico da paciente obstétrica cirúrgica para a construção da primeira fase do processo de enfermagem (Histórico de Enfermagem), identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos períodos pré, intra e pós-operatório, planejamento da assistência e prescrição do cuidado da paciente obstétrica cirúrgica. A teoria utilizada para a construção do IEOP foi a de Wanda de Aguiar Horta, com foco nas necessidades humanas básicas (NHB) [14].

3) Avaliação e validação de conteúdo do instrumento IEOP: após a construção do instrumento pelas pesquisadoras, o próximo passo foi a validação do conteúdo do instrumento. Assim, foi realizado contato com a enfermeira responsável pelo centro cirúrgico e gerência geral de enfermagem para mostrar o IEOP e agendar as aulas expositivas para treinamento da equipe de enfermagem sobre o tema e o instrumento.

As aulas foram realizadas dias 11/04/2017 e 18/04/2017, com duração de 08 horas, onde foi abordado o tema processo de enfermagem, principais diagnósticos de enfermagem no período perioperatório obstétrico, o 2º Desafio Global da OMS sobre segurança do paciente cirúrgico, Manual “Cirurgias seguras salvam vidas” e, por último, o instrumento IEOP, o qual foi distribuído uma cópia para cada enfermeira, técnica de enfermagem, médica e docente avaliar. Nesse momento foi solicitado que as mesmas apontassem dúvidas e sugestões, bem como avaliassem o conteúdo do instrumento tendo como base o objetivo da pesquisa.

O IEOP foi validado por 05 enfermeiras, 11 técnicos de enfermagem, 03 médicos e 02 docentes da área de enfermagem em centro cirúrgico, totalizando 21 avaliadores, todos com experiência profissional na área cirúrgica de no mínimo dois anos e o máximo vinte anos.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O IEOP possibilitou a sistematização do cuidado de enfermagem na observância da resolução de seu conselho de classe, resolução COFEN 358/2009, assim como atendeu ao 2º Desafio Global da OMS e do Ministério da Saúde Brasileiro para a segurança da paciente cirúrgica nesta maternidade da Amazônia brasileira [4,5,15]. Além disso, possibilita uma assistência baseada em evidência e na cientificidade, evidenciando a função do enfermeiro na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem à paciente operatória.

No entanto, o que se observava anteriormente ao IEOP e em muitos hospitais brasileiros é o encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico sem avaliação integral e orientação prévia da enfermagem, o que pode dificultar o planejamento dos cuidados, o qual contribuiria para uma melhor assistência [16-17].

Com base nessa afirmação, optamos por realizar um instrumento de avaliação que compreendesse o período perioperatório e que envolvesse a equipe de internação, enfermaria e pré-parto, parto e puerpério (PPP). No período intraoperatório o instrumento será realizado pela equipe do centro cirúrgico e no período pós-operatório, será preenchido pela equipe da enfermaria. Desse modo, a gestante será acompanhada desde o momento de entrada na instituição até após a realização do parto cesárea, tendo continuidade da assistência de enfermagem.

O IOEP foi construído em duas folhas, uma das dificuldades vivenciadas foi consolidar todas as informações inerentes a mãe e ao recém – nascido em pouco espaço e que contemplasse todas as ações realizadas pela equipe. O instrumento foi constituído em sua maioria em perguntas em *check-list* (Apêndice 1), o que permite ao profissional um direcionamento na prestação de serviços a paciente cirúrgica obstétrica, sendo disposto em seis partes:

A) Identificação da paciente; B) Período pré-operatório mediato (setor de internação, enfermaria e pré-parto, parto e puerpério (PPP)); C) Período pré-operatório imediato (sala de observação do centro cirúrgico); D) Período intraoperatório; E) Sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e F) Pós-operatório mediato (enfermaria).

Na primeira parte, identificação da paciente, constam informações de identificação como nome, data e hora da internação, peso e altura da paciente, idade e data de nascimento. As sugestões das avaliadoras foi acrescentar o peso e a altura da paciente e colocar o termo de consentimento, e se este foi entregue e assinado pela paciente. Isto se deve porque as médicas informaram querem ter a certeza de que todas as pacientes assinaram e foram informadas sobre o procedimento, principalmente sobre o tipo de parto que podem realizar, as implicações e razões de realizar parto normal ou cesárea.

Em relação ao Período pré-operatório mediato (setor de internação, enfermaria e pré-parto, parto e puerpério (PPP)), acreditava-se que a mesma ocorria na enfermaria cirúrgica, porém, foi informado pelas avaliadoras que acontecia no setor de internação, na enfermaria ou PPP. Essa modificação foi realizada, assim como inseridos itens referentes à parturiente e ao recém-nascido (RN). Os itens são referentes ao procedimento cirúrgico proposto, hora de encaminhamento ao centro cirúrgico (CC), sinais vitais, número de gestações, partos e abortos, além do perímetro cefálico e idade gestacional. Foi solicitada a inclusão de linhas para anotações e intercorrências pela equipe de enfermagem.

No período pré-operatório é fundamental a entrevista da paciente com o enfermeiro antes de encaminhá-lo ao centro cirúrgico, uma vez que ele irá coletar dados referentes a sangramento vaginal, perda de líquido, realizará o teste rápido de HIV e verificará se foi explicado e assinado o termo de consentimento, o que norteará a complexidade do atendimento à gestante e ao RN. Quanto ao conteúdo do histórico, que inclui anamnese e o exame físico, este não foi alterado, sendo avaliado como prático, informativo e de fácil utilização pelos profissionais que participaram do processo de validação.

O terceiro item, Pré-operatório imediato, sala de observação do centro cirúrgico, foram dispostas informações sobre as condições do paciente, deambulação, jejum, alergias, etilismo, tabagismo, medicações em uso, punção venosa, sinais vitais, se há acompanhante na sala,

adornos, próteses, exames de imagem e solicitado novamente que fosse inserido espaço para anotação de intercorrências pela equipe de enfermagem.

Neste sentido, o trabalho do enfermeiro no Centro Cirúrgico se desenvolve nos âmbitos do cuidar e do administrar, na perspectiva de equipar o setor com as melhores condições de atendimento aos pacientes e de trabalho para a equipe cirúrgica, com a finalidade de oferecer melhores condições para o desenvolvimento do ato cirúrgico seguro [15-17]. É no centro cirúrgico que o medo de morrer, medo de perder o filho e o medo da dor se intensificam na mulher, e podem dominar essa experiência de forma negativa, especialmente quando associados a outros sentimentos ou fatores como estresse, ansiedade, fadiga, tensão, frio, fome, ambiente estranho, desamparo social e afetivo, reforçando mais uma vez a importância na utilização do IEOP [18-19].

Neste contexto, foi a partir do relato da equipe de enfermagem sobre sensações vivenciadas pelas gestantes, os diagnósticos de enfermagem foram alterados de acordo com a sugestão da docente, para adequar com a taxonomia recente da NANDA-I de 2015-2017 [20], além da inclusão de diagnósticos referentes ao binômio mãe-filho, foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem como: ansiedade, conhecimento deficiente, eliminação urinária prejudicada, hipotermia, risco de infecção, risco de aspiração, risco de sangramento relacionado ao parto, volume de líquido aumentado; risco de glicemia instável e risco de vínculo prejudicado[20].

O período intraoperatório, quarta parte, realizado no centro cirúrgico, o instrumento visa obter informações da listagem de verificação de segurança cirúrgica do manual de cirurgias seguras do Ministério da Saúde, que devem ser checadas antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão cirúrgica (*time out*) e antes do paciente sair da sala operatória (*sign out*). Neste item também foi solicitada a inclusão de linhas para anotação de intercorrências [5].

De acordo com a OMS, a segurança do cliente pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torna-los visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes [18]. Com a finalidade de reduzir riscos para a gestante e ao recém-nascido, foi enfatizada a lista de verificação de cirurgia segura da OMS no IEOP [5]. Além disto, os diagnósticos de enfermagem (DE) presentes no intraoperatório foram modificados e adaptados para a mãe e recém-nascido (RN), como os diagnósticos risco de vínculo prejudicado, risco de contaminação para o neonato, porém, foi sugerida a colocação de espaços extras para a inclusão, se necessário, de algum DE não elencado no *check list* [20]. O julgamento dos DE são de responsabilidade das enfermeiras.

As avaliadoras disseram que os diagnósticos propostos e as intervenções, na maioria das vezes, já são realizados pela equipe, porém, sem as anotações que comprovem, reforçando que o instrumento ajudará a formalizar e registrar a assistência de enfermagem.

Já na quinta parte do IEOP, o pós-operatório imediato, recuperação pós-anestésica, constam informações da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Em relação ao instrumento vigente usado no centro cirúrgico, foi introduzida a Escala de Aldrete-Kroulik, essencial para a formalização da alta do paciente, os sinais vitais com espaço para avaliação de quinze em quinze minutos na primeira hora e a cada trinta minutos na segunda hora, conforme preconizado [13]. Os diagnósticos de enfermagem foram adaptados para o binômio mãe-filho, como risco de sangramento relacionado ao parto, sangramento pós-parto, retenção urinária,

volume de líquido diminuído, risco de hipotermia, amamentação ineficaz e risco de glicemia instável [20]. Foi incluído espaço para checagem das prescrições de enfermagem, para anotação das intercorrências e do apgar no primeiro e quinto minuto.

A fase pós-operatória é realizada, na sua totalidade, por visitas e orientações na enfermaria após a cirurgia. Na sala de recuperação pós anestésica é avaliada a condição para a alta da paciente e no instrumento IEOP foi incluída a escala de Aldrete e Kroulic, que já era utilizada no centro cirúrgico, porém, ficava em uma folha avulsa no prontuário da paciente, sem fazer parte de nenhum processo [13].

Foi incluído no instrumento, ainda, o aleitamento materno na primeira hora de vida e o APGAR no primeiro e no quinto minuto de vida do RN. O período pós-operatório mediato, de 24 a 48 horas após a cirurgia até a alta hospitalar é caracterizado por promover a orientação para a recuperação da paciente e a retomada de suas atividades e avaliar a assistência de enfermagem prestada nos períodos pré e intraoperatório [15-22].

Na sexta e última parte, o pós-operatório mediato, realizado na enfermaria, foi introduzida a hora da entrada na enfermaria, sinais vitais, nível de consciência, queixas, hidratação venosa e condições do curativo. Foi incluída a avaliação dos lóquios, globo de segurança *Pinard* formado e espaço para anotação e intercorrências, conforme sugestão das avaliadoras.

Os avaliadores realizaram o que foi proposto, auxiliando na modificação do IEOP e se comprometeram com sua consolidação no Centro Cirúrgico, assim, não foram encontradas dificuldades de implantação do mesmo, uma vez que a equipe ansiava por um instrumento de trabalho que consolidasse todas as ações que já eram desempenhada por eles, porém não de uma forma sistematizada.

O instrumento foi considerado de fácil preenchimento, uma vez que cada setor e equipe ficou responsável por inserir as informações pertinentes ao atendimento da paciente, o preenchimento ocorre de forma rápida, uma vez que o dispositivo é simples e prático. Em depoimento de uma médica a mesma disse que seria muito fácil sua implantação e que a faria instantaneamente, o que surpreendeu a pesquisadora do estudo, indicando a aceitação do IEOP.

Neste sentido, espera-se que o IEOP estimule a participação do enfermeiro durante todo o período operatório, o qual utilize senso crítico para planejar seus cuidados evidenciando sua autonomia e favorecendo o reconhecimento profissional almejando como resultado final a segurança cirúrgica para a gestante, parturiente e RN.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa foi iniciada com objetivo de melhorar a assistência e a segurança da paciente cirúrgica na Maternidade Bárbara Heliodora, em Rio Branco, Acre, devendo para tanto realizar a construção e validação do IEOP. Todos os passos desta pesquisa só foram possíveis devido à aceitação e confiança da gerência do hospital e da equipe de enfermagem do centro cirúrgico e das enfermarias em relação à proposta das pesquisadoras.

O IEOP foi analisado como satisfatório pelas avaliadoras por ser de fácil interpretação e preenchimento. Todas as sugestões de introdução e correção de itens foram discutidas, aceitas e incluídas no instrumento. Contudo, com o uso do IEOP almeja-se uma melhor segurança cirúrgica e um cuidado sistematizado de enfermagem, realizando uma prática baseada em

evidência científica baseada no atendimento do conselho de classe (COFEN) e na OMS para uma prática cirúrgica segura para o binômio mãe-filho.

## REFERÊNCIAS

- [1]. BOECKMANN, L.M.M; RODRIGUES, M.C.S. Segurança Cirúrgica na Cesárea: Revisão Integrativa. **Cogitare Enferm**, v.20, n.4, p. 758-766, 2015.
- [2]. FLORES, P.L; GONZÁLEZ, G.J.P; TREJO, J.F; VEJA, G.L.; CABRERA, C.E.P; CAMPOS, A, et al. Risk factors in cesarean section. **Ginecol Obstet Mex**, v.76, n.7, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18798440>.
- [3]. WILEY, J; SONS, I.N.C. Debo tener una cesárea? **J Midwifery Womens Health**, v.58, n. 4, 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12048/epdf>.
- [4]. Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Vigilância em Saúde. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- [5]. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.
- [6]. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Patient safety checklist n.º 3: scheduling planned cesarean delivery. **Gynecol Obstet**, v. 118, n. 6, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823ed20d>.
- [7]. WALKER, A.; RESHAMWALLA, S.; WILSON, I.H. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? **Br. J. Anaesth**, v. 109, n.1, 2012. Disponível em: <http://bj.oxfordjournals.org/content/109/1/47.full.pdf+html>.
- [8]. CASTELLANOS, B.E.P; JOUCLAS, V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: num modelo conceitual. **Rev Esc Enferm USP**, v.24, n. 3, p .359-370, 1990.
- [9]. FONSECA, R.M; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.4, p. 428-33, 2009.
- [10]. SOBECC. **Práticas recomendadas SOBECC/ Sociedade Brasileira de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. 5ª Ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
- [11]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. **Maternidade Bárbara Heliodora: Rio Branco, AC** [Acesso: 20 jun 2017]. Disponível em: [www.http://biblioteca.ibge.gov.br](http://biblioteca.ibge.gov.br).



- [12]. Conselho Federal de Enfermagem. (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.** In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília 2209. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 25/06/2017.
- [13]. MONTEIRO, E.L; MELO, C.L; AMARAL, T.L.M; PRADO, P.R. Cirurgias Seguras: elaboração de um instrumento de trabalho perioperatória. **Rev SOBECC.**, v.19, n.2, p. 99-109, 2014.
- [14]. HORTA, W.A. **Enfermagem: teoria das necessidades humanas básicas.** Enf. Novas Dimens: São Paulo.1979.
- [15]. Conselho Federal de Enfermagem. (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.** In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília 2209. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 25/06/2017.
- [16]. SARAGIOTTO, I.R.A; TRAMONTINI, C.C. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória- estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **Cienc Cuid Saude**, v.8, n.3, p. 366-371, 2009.
- [17]. CAMPOS, S.M.C.L. Sistemática da assistência da enfermagem perioperatória: percepção de enfermeiros assistenciais. **Rev. SOBECC**, v.5, n.4, p. 21-25, 2000.
- [18]. GUEDES, M.V.C; FÉLIX, V.C.S; SILVA, L.F. O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. **Nursing**, v. 4, n. 37, p. 20-24, 2001.
- [19]. SANTOS, R.R; PICCOLI, M; CARVALHO, A.R.S. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. **Cogitare Enferm**, v.12, n. 1, p. 52-61, 2007.
- [20]. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação** 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- [21]. DAVIM, R.M.B; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C., MELO, E.S.M; PAIVA, C.P; VIEIRA D, et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev eletrônica Enferm**, v. 10, n.3, p. 600-609, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>

[22]. JORGETTO, G.V; NORONHA, R; ARAÚJO, I.E. Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa. **Rev Eletr Enf**, v.7, n.3, p. 273-277, 2005. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/original\\_03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_03.htm).