

Cirurgia segura em procedimentos de queiloplastia e palatoplastia de pacientes com anomalias craniofaciais

Safe surgery in cheiloplasty and palatoplasty procedures in patients with craniofacial anomalies

Cirugía segura en procedimientos de queiloplastia y palatoplastia en pacientes con anomalías craneofaciales

Recebido: 21/02/2022 | Revisado: 02/03/2022 | Aceito: 11/03/2022 | Publicado: 18/03/2022

Maria Júlia Navarro Kassim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9753-2131>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: mjkassim_enfermagem@hotmail.com

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5283-5363>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: fabianamatos@hotmail.com

Natasha Magro Êrnica

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0545-1623>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: natashamagro@uol.com.br

Maria Lúcia Pedrosa Roenick Giolo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0595-3295>
Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: roenickgiolo@gmail.com

Marcielle Cândido

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6142-7399>
Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: chelli26@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar o desfecho do cumprimento do protocolo de cirurgia segura em procedimentos de queiloplastia e palatoplastia. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal, observacional realizado em um centro cirúrgico de hospital público de ensino do sul do Brasil. A amostra foi composta pela totalidade de cirurgias realizadas entre maio e outubro de 2021. Foram avaliadas as seguintes variáveis de estudo: sexo, idade, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, tempo de cirurgia, número de pessoas na sala operatória, realização do *checklist* de cirurgia segura, completude da execução das etapas do *checklist* e fatores de risco identificados. A análise dos dados foi realizada por estatística descritiva. **Resultados:** Foram realizadas 27(100%) cirurgias no período de estudo, sendo 59,3% de queiloplastias e 40,7% de palatoplastia. Houve predominância de pacientes do sexo masculino (63%) em ambos os procedimentos. A falta de leito (64%) e o quadro clínico inadequado (36%) foram os principais motivos para o cancelamento cirúrgico. Houve predominância de cirurgias de porte I (77,8%) e observou-se que 74% das cirurgias apresentavam de seis a dez profissionais em sala. O protocolo de cirurgia segura foi realizado na maioria dos procedimentos cirúrgicos investigados (74%), no entanto, a metade desse montante foi realizada de forma incompleta (37%). A maior ausência de checagem ocorreu no *Time Out* (59,2%). O estudo identificou irregularidade no preenchimento do termo de consentimento cirúrgico em 18,5 % da amostra. **Conclusão:** mesmo apresentando falhas na execução do *checklist* de cirurgia segura, não foi observado a ocorrência de nenhum evento adverso nas cirurgias realizadas.

Palavras-chave: Cirurgia; Lista de verificação; Segurança do paciente; Enfermagem; Residentes.

Abstract

Objective: To evaluate the outcome of compliance with the safe surgery protocol in cheiloplasty and palatoplasty procedures. **Methodology:** This is a cross-sectional, observational study carried out in a surgical center of a public teaching hospital in southern Brazil. The sample consisted of all surgeries performed between May and October 2021. The following study variables were evaluated: sex, age, type of surgery, type of anesthesia, surgery time, number of people in the operating room, completion of the checklist of safe surgery, completion of checklist steps and identified risk factors. Data analysis was performed using descriptive statistics. **Results:** 27 (100%) surgeries were performed during the study period, 59.3% of which were cheiloplasty and 40.7% were palatoplasty. There was a predominance of male patients (63%) in both procedures. Lack of beds (64%) and inadequate clinical status (36%) were the main

reasons for surgical cancellation. There was a predominance of size I surgeries (77.8%) and it was observed that 74% of the surgeries had six to ten professionals in the room. The safe surgery protocol was performed in most of the surgical procedures investigated (74%), however, half of this amount was performed incompletely (37%). The greatest absence of checking occurred in the Time Out (59.2%). The study identified irregular completion of the surgical consent form in only 18.5% of the sample. Conclusion: even with failures in the execution of the safe surgery checklist, no adverse events were observed in the surgeries performed.

Keywords: Surgery; Verification list; Patient safety; Nursing; Residents.

Resumen

Objetivo: Evaluar el resultado del cumplimiento del protocolo de cirugía segura en los procedimientos de queiloplastia y palatoplastia. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal, observacional, realizado en un centro quirúrgico de un hospital público de enseñanza del sur de Brasil. La muestra estuvo conformada por todas las cirugías realizadas entre mayo y octubre de 2021. Se evaluaron las siguientes variables de estudio: sexo, edad, tipo de cirugía, tipo de anestesia, tiempo de cirugía, número de personas en quirófano, cumplimentación del checklist de cirugía segura, finalización de los pasos de la lista de verificación y factores de riesgo identificados. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** se realizaron 27 (100%) cirugías durante el período de estudio, de las cuales el 59,3% fueron queiloplastia y el 40,7% palatoplastia. Hubo predominio de pacientes masculinos (63%) en ambos procedimientos. La falta de camas (64%) y el inadecuado estado clínico (36%) fueron los principales motivos de cancelación quirúrgica. Hubo predominio de cirugías de tamaño I (77,8%) y se observó que el 74% de las cirugías tenían de seis a diez profesionales en la sala. El protocolo de cirugía segura se realizó en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos investigados (74%), sin embargo, la mitad de esta cantidad se realizó de forma incompleta (37%). La mayor ausencia de verificación ocurrió en el Tiempo Fuera (59,2%). El estudio identificó cumplimentación irregular del formulario de consentimiento quirúrgico en sólo el 18,5% de la muestra. **Conclusión:** aún con fallas en la ejecución del checklist de cirugía segura, no se observaron eventos adversos en las cirugías realizadas.

Palabras clave: Cirugía; Lista de verificación; Seguridad del paciente; Enfermería; Residentes.

1. Introdução

O centro cirúrgico (CC) é um setor complexo, de acesso restrito, que contempla um sistema estruturado, administrativo e assistencial, no qual são realizados procedimentos anestésicos cirúrgicos com finalidades terapêuticas e diagnósticas (Etherington et al., 2019). A estimativa é que sejam realizadas cerca de 234 milhões de cirurgias anuais em todo o mundo, com incidência de óbitos de dois a sete milhões de casos, sendo que grande parte desses óbitos poderiam ser evitados (Bezerra et al., 2015).

Diante das altas taxas de morbimortalidade associadas às cirurgias, em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), que tinha por objetivo organizar e definir conceitos, propor medidas para a redução de danos e estruturar a lista de verificação de cirurgia segura (Carvalho et al., 2015).

Em 2007 foram elencadas as ações do Desafio Global para a Segurança do Paciente, dando início à campanha denominada “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com foco na melhoria dos padrões de qualidade e segurança do paciente no centro cirúrgico, na prevenção de infecções, na promoção da anestesia segura e na instrumentalização das equipes cirúrgicas (SILVA et al., 2020). Uma iniciativa para aumentar a adesão aos protocolos de segurança do paciente foi a criação em 2013 do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que preconiza a adesão de métodos para reduzir a incidência dos eventos adversos (EA) associados às irregularidades assistenciais durante o período transoperatório (Brasil, 2013).

A elaboração da lista de verificação baseou-se na simplicidade, aplicabilidade e mensuração de impacto, que de maneira eficiente, permite que as equipes de saúde sigam as etapas críticas de segurança de forma a minimizar os EA (Silva et al., 2017). O referido protocolo é composto por três etapas distintas, sendo elas: “*SIGN IN*” (pausa para checagem dos itens de segurança antes da indução anestésica); “*TIME OUT*” (pausa para conferência dos itens antes da incisão cirúrgica) e “*SIGN OUT*” (pausa para verificação dos itens antes do paciente sair da sala cirúrgica) (Who, 2009; Leite et al., 2021).

A realização do protocolo de Cirurgia Segura possui baixo custo para a instituição e é conduzida de forma rápida e prática (Cereja et al., 2021). Para o cumprimento dessa atividade, qualquer profissional da sala cirúrgica pode assumir a responsabilidade pela coordenação da verificação dos itens do *checklist* (Cereja et al., 2021).

Salienta-se a importância da implementação do referido protocolo nos serviços de saúde, visto que a realização do mesmo diminui significativamente a chance de ocorrência de erros por meio da conferência sistemática de itens referentes aos pacientes, aos materiais e às equipes (Almeida & Rodrigues, 2018).

A verificação do *checklist* de cirurgia segura na rotina de um centro cirúrgico retrata a preocupação com a cultura de segurança cirúrgica. Para tanto, se faz necessário a compreensão e a colaboração de todos os envolvidos nesse processo. O estudo justifica-se pela imperiosa preocupação em prevenir a ocorrência de EA devido ao cumprimento do protocolo de cirurgia segura. Sendo assim, a pesquisa buscou responder a seguinte pergunta de estudo: qual o impacto da realização do *checklist* de cirurgia segura para o paciente e para a instituição de saúde investigada? Diante do contexto, o estudo objetivou avaliar o desfecho do cumprimento do protocolo de cirurgia segura em procedimentos de queiloplastia e palatoplastia realizadas em um hospital universitário do Sul do Brasil.

2. Metodologia

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, conforme parecer número 4.250.143 e CAAE 36452320.0.0000.0107, respeitando as diretrizes da Resolução 466 de 2012.

Trata-se de estudo transversal, observacional realizado em uma unidade de centro cirúrgico (CC) de um hospital público de ensino, de alta complexidade, localizado na região sul do Brasil. O referido hospital possui 295 leitos destinados às especialidades de Pediatria, Cardiologia, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Pediátrica e Neonatal, Dermatologia, Endocrinologia, sendo referência em Gestação de alto risco, Traumas, Ortopedia, Urgência e Emergência. Em 2020 o hospital passou por uma readequação de leitos, tornando-se referência regional para o atendimento de pacientes com COVID-19. A totalidade dos leitos da referida instituição são geridos pelo Sistema  nico de Saúde (SUS).

O CC do hospital é composto por cinco salas operatórias (SO) e realiza em média 400 cirurgias/m s. O estudo avaliou a realização do *checklist* de Cirurgia Segura nos procedimentos de queiloplastia e palatoplastia vinculadas ao Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC), que   referência em atendimentos a pacientes portadores de fissuras labiopalatais provenientes da Região Oeste, Sudoeste e Noroeste do Paraná (PR), atendendo também pacientes encaminhados do Estado de Santa Catarina (SC), Mato Grosso do Sul (MS) e Paraguai (região de fronteira) (Matos et al., 2020). Desde sua inauguração em 2013, já realizou cerca de 35.000 atendimentos ambulatoriais com uma média mensal de 365 procedimentos nas diferentes especialidades. O CEAPAC oferece atendimento multiprofissional especializado, tendo uma equipe ampla composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, biólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais (Baltazar et al., 2019). Atualmente conta com um programa multiprofissional de residência, que atua na reabilitação das anomalias craniofaciais (Kassim et al., 2021).

A amostra de estudo foi composta pela totalidade dos procedimentos cirúrgicos de palatoplastia e queiloplastia realizadas entre maio e outubro de 2021. A seleção do referido período de estudo justifica-se devido à suspensão das cirurgias eletivas por conta da crise sanitária causada pela pandemia de COVID-19. A retomada da agenda cirúrgica foi gradativa, com normalização no segundo semestre do referido ano.

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro observacional com base na lista de verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde (Who, 2009), contemplando os três diferentes momentos de verificação de

cirurgia segura. Para a execução desta etapa de pesquisa, o residente de enfermagem acompanhou todos os procedimentos cirúrgicos de queiloplastia e palatoplastia realizados no período estipulado para o estudo, por meio da observação da realização do *checklist* pela equipe cirúrgica.

Foram avaliadas as seguintes variáveis de estudo: sexo, idade, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, tempo de cirurgia, número de pessoas na sala operatória, realização do *checklist* de cirurgia segura, completude da execução das etapas do *checklist* e fatores de risco identificados.

Após a coleta de dados, os achados foram transcritos e tabulados em planilhas do programa *Microsoft Office Excel*[®] 2021 versão 16.55. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e expressa em números de frequência absoluta e relativa.

3. Resultados

De maio a outubro de 2021 foram programados 52 (100%) procedimentos cirúrgicos de queiloplastia e de palatoplastia na instituição pesquisada. Desse total, 25 (48,1%) cirurgias foram canceladas, sendo 16 (64%) por falta de leito cirúrgico e nove (36%) devido o quadro clínico inadequado dos pacientes. Diante do referido cenário, a amostra de estudo foi composta por 27 (100%) procedimentos cirúrgicos. A Tabela 1 apresenta os dados referentes às variáveis de estudo.

Tabela 1: Distribuição das variáveis cirúrgicas investigadas. Cascavel-PR, 2021.

Variáveis de estudo	n	(%)
Sexo		
Feminino	10	37
Masculino	17	63
Idade (meses)		
06 — 12	12	44,4
13 — 18	01	3,7
19 — 24	11	40,7
Mais de 25	03	11,2
Tipo de cirurgia		
Queiloplastia	16	59,3
Palatoplastia	11	40,7
Duração da cirurgia (minutos)		
0 — 60	07	25,9
61 — 120	14	51,9
121 — 180	06	22,2
Número de pessoas em sala		
0 — 05	03	11,2
06 — 10	20	74
11 — 15	04	14,8
Realização do <i>checklist</i>		
Não realizado	07	26
Completo	10	37
Incompleto	10	37
Etapas realizadas		
<i>Sign in</i>	18	66,6
<i>Time out</i>	11	40,8
<i>Sign out</i>	18	66,6
Fatores de risco identificados		
Irregularidade no termo de consentimento informado cirúrgico	5	18,5

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

4. Discussão

No período estipulado para o estudo foram realizadas 27(100%) cirurgias, sendo que 59,3% dos procedimentos foram de queiloplastia e 40,7% foram de palatoplastia. A queiloplastia costuma ser a primeira cirurgia realizada ao paciente com

fissura labial, cuja finalidade é a reconstrução naso-labial, que pode ser feita a partir do terceiro mês de vida (Santos & Oliveira, 2021), estando a criança com no mínimo 4,5 kg, 10 mg/dl de hemoglobina e não possuir malformações congênitas associadas (Pereira, 2019). É desejável que a mesma seja realizada até os 12 meses de idade para minimizar prejuízos no crescimento maxilar da criança (Pereira, 2019). A palatoplastia consiste na reconstrução da musculatura do palato duro e o palato mole, favorecendo em especial o desenvolvimento da fala por meio da oclusão da comunicação entre as cavidades oral e nasal (Santos & Oliveira, 2021). Embora sem consenso quanto a idade ideal (Martinez et al., 2022), Pereira (2019) aponta que existe uma ampla variação na indicação da idade da criança para a realização da palatoplastia primária, variando de seis a 18 meses de idade, no entanto, quanto mais cedo, maiores são as chances da criança desenvolver uma comunicação sem mecanismos compensatórios e não apresentar dificuldades alimentares (Bruno et al., 2004; Tuji et al., 2009; Ford et al., 2010).

No protocolo cirúrgico da instituição pesquisada, as cirurgias de queiloplastias eram realizadas à partir dos seis meses de vida e as palatoplastias à partir dos 12 meses de idade. Devido o período pandêmico de COVID-19, as cirurgias eletivas foram desmarcadas e reagendadas conforme liberação sanitária local, aumentando o tempo de espera pré cirúrgica. Nesse contexto, a média de idade dos pacientes que realizaram queiloplastia no referido serviço foi de 13 meses, com variação de oito a 36 meses. Já a média de idade dos pacientes que fizeram palatoplastia foi de 24 meses, com variação de 18 a 40 meses. Assim como indicado pela literatura (Valente et al., 2013; Matos et al., 2020), a presente pesquisa identificou a predominância de pacientes do sexo masculino (63%) em ambos os procedimentos cirúrgicos, apesar de a literatura apontar que a palatoplastia seja mais frequente em pacientes do sexo feminino (Matos et al., 2021).

O número total de cirurgias realizadas no período de estudo não foi maior devido ao grande número de cirurgias agendadas (n=52; 100%) e posteriormente canceladas (n=25; 48,1%). A falta de leito foi o principal motivo para o cancelamento cirúrgico (64%), não sendo um problema exclusivo da instituição pesquisada (Pinheiro et al., 2017; Rangel et al., 2019), frequentemente vivenciado por outras instituições públicas de saúde (Macedo et al., 2013; Sodré & Fahl, 2014). Os demais cancelamentos (36%) ocorreram devido o quadro clínico inadequado dos pacientes. Tal evento reflete negativamente na organização e no planejamento dos serviços de saúde e das equipes do centro cirúrgico, podendo ser minimizado com a avaliação clínica sistemática do paciente no período pré-operatório (Gouveia, 2018).

As taxas de cancelamento cirúrgicos variam de um hospital para outro e são considerados eventos indesejáveis, visto que geram problemas de cunho gerencial e assistencial (Santos & Bocchi, 2017). Quando comparado com o cenário internacional, a taxa de cancelamento cirúrgico brasileira é superior à da Coreia (8,80%), do Líbano (4,40%), de Taiwan (0,37%) e da China (0,21%) (Souza et al., 2010; Fayed et al., 2016). A adequada articulação entre o centro cirúrgico e o setor de internamento influencia de forma positiva a agenda cirúrgica, reduzindo o número de cirurgias suspensas (Souza et al., 2010).

As cirurgias podem ser classificadas de acordo com o tempo cirúrgico em: porte I (de zero a duas horas), porte II (de duas a quatro horas), porte III (de quatro a seis horas) e porte IV (mais de seis horas) (SOBECC, 2017). O tempo cirúrgico prolongado pode aumentar as chances de desenvolvimento de hipotermia, lesão por pressão (LPP), lesão articular e musculoesquelética, infecções relacionadas a assistências a saúde (IRAS), entre outros EA (SOBECC, 2017). Conhecer o porte cirúrgico previamente favorece o planejamento quanto ao posicionamento cirúrgico indicado, a seleção das superfícies de suporte adequadas, o rigoroso controle do ambiente para prevenir infecção de sítio cirúrgico (ISC) e promove a seleção de dispositivos para evitar hipotermia e ocorrência de trombose venosa. Apesar da complexidade cirúrgica, no presente estudo houve predominância de cirurgias de porte I (n=21; 77,8%) que de acordo com a literatura, apresentam menores riscos de desenvolvimento de EA (SOBECC, 2017).

Conforme a nota técnica da anvisa nº 06/2020, que dispõe de orientações para a prevenção e para o controle de infecções provocadas pelo vírus sars-cov-2 em procedimentos cirúrgicos, a equipe cirúrgica deve se limitar ao menor número possível de integrantes em sala para evitar o fluxo excessivo de profissionais no ambiente cirúrgico, com a finalidade de diminuir o risco de contaminação (anvisa, 2020). Apesar da recomendação técnica vigente, observou-se que 74% das cirurgias apresentavam de seis a dez profissionais em sala (cirurgião plástico, cirurgião pediátrico, cirurgião bucomaxilofacial, instrumentador cirúrgico, circulante de sala, enfermeiro, residentes do curso de medicina, de odontologia e do programa de reabilitação integral das anomalias craniofaciais). O fato de ser um hospital escola, referência regional no tratamento de pacientes com anomalias craniofaciais e a rica oportunidade de aprendizagem devido a especificidade e a complexidade dos casos assistidos, consistem em uma frágil tentativa de justificar o elevado número de pessoas durante o intra-operatório. Apesar do elevado número de profissionais em sala, não houve nenhum caso notificado de isc e de contaminação pelo vírus SARS-COV-2.

Em consonância com a literatura (Sewell et al., 2011; Marquioni et al., 2019), o estudo observou que o protocolo de cirurgia segura tinha sido realizado na maioria dos procedimentos cirúrgicos investigados (74%), no entanto, apenas a metade desse montante foi realizada de forma completa (37%). Com relação a esse quesito, a etapa do *time out* (59,2%) apresentou a maior ausência de checagem. A referida etapa é uma estratégia para assegurar a adequada comunicação entre os integrantes da equipe cirúrgica de forma a minimizar a ocorrência de erros preveníveis (paciente errado ou local errado) (Oliveira, 2017), diminuindo a morbidade e a mortalidade do paciente cirúrgico (Newkirk, 2013). Mesmo diante do problema diagnosticado, não houve nenhum ea identificado.

O estudo identificou irregularidade no preenchimento do termo de consentimento cirúrgico em 18,5 % da amostra analisada. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) o referido termo tem a finalidade de explicar ao paciente sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento, traz informações claras e objetivas que garantam mais segurança ao ato médico e autoriza o paciente a consentir ou não com a terapêutica proposta (CFM, 2016). O código de ética médica menciona a obrigatoriedade de informar, esclarecer e aconselhar o paciente sobre as práticas médicas e tal obrigatoriedade faz parte dos direitos dos pacientes para que possam contribuir com seu próprio cuidado (Oliveira et al., 2021).

Uma importante contribuição advinda da presente pesquisa foi a adequação do preenchimento no termo de consentimento cirúrgico pré-operatório na instituição de saúde investigada. Outra relevante contribuição foi a reestruturação da consulta clínica de rotina para os pacientes cirúrgicos no momento da internação dos mesmos, com o intuito de diminuir o número de cancelamento cirúrgico devido ao inadequado quadro clínico dos pacientes.

Como limitação da pesquisa, destaca-se o reduzido número de cirurgias realizadas no período investigado devido as restrições impostas pela pandemia de covid-19.

5. Conclusão

Os achados da pesquisa permitiram avaliar a segurança cirúrgica dos pacientes submetidos a queiloplastia e palatoplastia. Apesar de a equipe ter conhecimento sobre o protocolo institucional de cirurgia segura, o estudo apontou falhas na adesão dos profissionais quanto a completude da realização do *checklist* de verificação cirúrgica, no entanto, é importante destacar que apesar disso, não foram observados a ocorrência de eventos adversos.

Vale ressaltar a importância do estudo para a alavancar mudanças comportamentais, individuais e coletivas, de forma a colaborar com o clima de segurança organizacional. Conclui-se que os resultados obtidos contribuíram para o planejamento de ações institucionais corretivas assertivas. Embora o estudo tenha sido realizado em apenas uma instituição de saúde, ele pode representar a realidade de várias outras instituições hospitalares que vem se adaptando ao processo de implantação do

checklist cirúrgico.

O estudo aponta a necessidade de pesquisas futuras envolvendo o tema e com amostras mais expressiva.

Referências

- Almeida, R. E., & Rodrigues, M. C. S. (2018). Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros. *Rev Rene*.
- Anvisa. (2021). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020 - Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos.
- Baltazar M. M. M. Lima, D. P. Matos, F. G. A. O. Calixto, R. D. Moraes, R. S., & Kusma, S. Z. Atenção à saúde bucal a pacientes fissurados labiopalatais no estado do Paraná. (2019). In: Rafael Gomes Ditterich, Guilherme Fernandes Graziani, Samuel Jorge Moysés (organizadores). (Org.). *Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná*. INESCO, 1, 213-240
- Bezerra, W. R., Bezerra, A. L. Q., Paranaíba, T. T. B., Bernardes, M. J. C., & Teixeira, C. (2015) Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. *Rev Eletr Enf*.17(4).
- Bruno, F. Maria, I. Lavor, B. De. Lima, M. Carolina, A., & Rocha M. (2004). Surgical Treatment of Complete Cleft Palate. *Rev Bras em Promoção da Saúde*,17(3):154–60.
- Carvalho, P. A. Göttems, L. B. D. Pires, M. R. G. M., & Oliveira M. L. C. (2018) Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Rev Latino-Am Enferm*. 23(6),1041- 8.
- Cereja, R. A. Silva, L. S. R. Nascimento, M. D. F. S. Soares, L. M. da Silva, L. C., & da Silva, R. T. (2021). Patient safety: the importance of safe surgery in the obstetric center. *Revista Nursing*, 24(279),6087-6093.
- Conselho Federal de Medicina - CFM. (2016). Recomendação CFM nº 1/2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica.
- Etherington, N., Wu, M., Cheng-Boivin, O., Larrigan., S. & Boet, S. (2019) Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. *Can J Anaesth*. 66(10),1251-1260.
- Fayed, A. Elkouny, A. Zoughaibi, N., & Wahabi, H. A. (2016). Elective surgery cancelation on day of surgery: an endless dilemma. *Saudi J Anaesth*.
- Ford, M. A. EU, H. M. E. T., & Ps, R. A. C. (2010). Tratamiento de la fisura labio palatina. *Revista medica clinica las condes*, 21(1), 16-25.
- Gouveia, Y. R. (2018). *Revisão integrativa como estratégia para descrever os principais motivos, que levam a suspensão de cirurgias eletivas*. Uberlândia. Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem – Universidade Federal de Uberlândia.
- Kassim, M. J. N. Matos, F. G. de O. A. Cândido, M. Borges, G. S., & Rodrigues, L. P. G. D. A. (2021). Consulta de enfermagem a pacientes com fissuras labiopalatais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*;13(4).
- Leite, G. R. Martins, M. A. Maia, L. G., & Garcia-Zapata, M. T. A. (2021). Safe surgery checklist: evaluation in a neotropical region. *Rev Col Bras Cir*. 48.
- Macedo, J. M. Kano, J. A. Braga, E. M. Garcia, M. A., & Caldeira, S. M. (2013). Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC*, 18(1),26- 34.
- Marquioni, F. S. N. Moreira, T. R. Diaz, F. B. B. S., & Ribeiro, L. (2019). Cirurgia segura: avaliação da adesão ao Checklist em hospital de ensino. *Rev Sobecc*, 24(1), 22-30.
- Martínez, A. F. Batista, N. T. Bom, G. C. Matiolo, C. R. Zamboni, C. S., & Trettene AS. (2022). Palatoplasty in children: nursing diagnoses and interventions related to the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP*, 2022;56:e20210252.
- Mathias, L. A. S. T., & Mathias, R. S. (1997). Avaliação pré-operatória: um fator de qualidade. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 47(4).
- Matos, F. G. O. A, et al. Epidemiological profile of labiopalatine clefts in children cared for at a reference center in Paraná. *Rev. Enferm. UFSM -REUFSM*, 2020;10(28).
- Ministério da Saúde (BR). (2013). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. (62 Seção 1.
- Newkirk, J. D. (2013). Preventing surgical mishaps: using surgical checklists. *Clin Plast Surg*,40(3):475-87.
- Oliveira A. C. Abreu, A. R., & Almeida, S. S. (2017). Implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. *Revista Cofen*, 8(4), 7-12.
- Oliveira, C. S. de Oliveira Pinheiro, G. de Freitas, B. C. Figueiredo, B. M. Macedo, W. T. P., & da Silva, E. D. C. L (2017). Checklist de cirurgia segura: os desafios da implantação e adesão nas instituições hospitalares brasileiras. *Revista Espaço Ciência & Saúde*,5(2).
- Oliveira, G. D. S. A. D. Amorim, L. S. D., & Maia, A. L. (2021). Termo de consentimento informado x checklist de cirurgia segura: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*,10(15).

- Pereira, A. R. C. (2019). *Problemas orofaciais em pacientes com fendas lábiopalatinas*. (2019). Dissertação (Mestrado) -Curso de Odontologia, Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
- Pinheiro, S. L. Vasconcelos, R. O. Oliveira, J. L. C. D. Matos, F. G. D. O. A., Tonini, N. S., & Alves, D. C. I. (2017). Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21.
- Rangel, S. T. Silva, J. L. S. Silva, R. C. L. Lima, A. C. B. Campos, B. A., & Pereira, E. B. F. (2019). Ocorrência e motivos da suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de referência. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 4 (2).
- Santos, E. A. M. C., & Oliveira, T M. (2021). Conhecimentos atuais em Fissuras Labiopalatinas: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13, (2), 1-8.
- Santos, G. A. A. C. & Bocchi, S. C. M. (2017). Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction: reasons and estimated reduction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (3), 535-542.
- Sewell, M. Adebide, M. Jayakumar, P. Jowett, C. Kong, K. Vemulapalli, K. et al. (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop*, 35(6), 897-901.
- Silva, P. H. A. Conde, M. B. C. Martinasso, P. F. M. Maltempi, R. P., & Jacon J. C. (2020). Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. *Rev Col Bras Cir*. 47.
- Sobecc. (2017). *Diretrizes de práticas em enfermagem cirurgia e processamento de produtos para saúde*. SOBECC, 7.
- Sodré, R. L. S., & Fahl, M. A. F. E. (2014). Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. *RAS*, 16(63),67-70.
- Souza, N. V. D. D. O. Mauricio, V. C. Marques, L. G. Mello, C. V. D., & Leite, G. F. P. (2010). Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(1), 82-87.
- Souza, N. V. D. O. Mauricio, V. C. Marques, L. C. Mello, C. V., & Leite, G. F. P. (2010). Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. *REME – Rev Min Enferm*. 2010
- Tuji, F. Bragança, T. Rodrigues, C., & Pinto, D. (2009). Tratamento multidisciplinar na reabilitação de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato em hospital de atendimento público. *Rev. Para Med*, 23(2):1-8.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Guidelines for safe surgery*, 2009: safe surgery saves lives. Geneva.