

# ANÁLISE SOBRE A APLICABILIDADE DA FERRAMENTA BRIEFING AND DEBRIEFING PARA A MELHORIA DA COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO

## ANALYSIS OF THE APPLICABILITY OF THE BRIEFING AND DEBRIEFING TOOL TO IMPROVE COMMUNICATION AND SAFETY OF THE SURGICAL PATIENT

**Camilla Sales Ribeiro dos Santos<sup>1</sup>**

UNILUS – Centro Universitário Lusíada: Curso de Graduação em Enfermagem – Aluna do 5º ano – camillasalles07@outlook.com – Santos, SP – Brasil;

**Maria Antonieta Velosco Martinho<sup>2</sup>**

UNILUS – Enfermeira Mestre em Educação, Especialista em Saúde do Adulto – Docente da UNILUS – ninavelosco@yahoo.com.br – Santos, SP – Brasil.

**Resumo:** Em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi lançado, tendo como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, lançando o desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. E em busca pela melhora da comunicação encontramos a segunda meta para Segurança do Paciente, pela OMS, evidenciando a importância desta meta para a promoção de uma assistência segura. **Objetivo:** Analisar na literatura a aplicabilidade da ferramenta *briefing and debriefing* para a melhora da comunicação e segurança do paciente cirúrgico. **Metodologia:** Pesquisa de revisão integrativa, com os descritores: *briefing*, *debriefing*, segurança do paciente, com recorte temporal de 2004 até 2022. **Resultados:** Foram selecionados 18 artigos, emergindo três eixos temáticos: Aplicação da ferramenta na assistência ao paciente cirúrgico no pré-operatório; no período transoperatório e na educação em saúde. Segundo os autores um *briefing* compacto e bem desenhado reduz a frequência de interrupções que são fontes geradores de erros de comunicação entre a equipe cirúrgica, além de apresentar como vantagem a utilização da ferramenta para melhorar o clima de segurança. Ambas as ferramentas possibilitam a criação de um clima de segurança institucional, promovendo maior segurança ao paciente cirúrgico. **Conclusão:** A padronização do *briefing* e *debriefing* como ferramentas somáticas que visam a garantia da segurança do paciente cirúrgico é de grande relevância, traz forte impacto a diminuição de eventos adversos, levando a diminuição da morbimortalidade dos pacientes, devendo ser encorajada sua adoção nos processos de cirurgia segura em nosso país.

**Palavra-Chave:** *Briefing and Debriefing*, Comunicação, Segurança do paciente cirúrgico.

**Abstract:** In 2013 the National Program for Patient Safety was launched, aiming to contribute to the qualification of health care, launching the challenge "Safe Surgeries Save Lives". For the search for improved communication we found the goal 2 for Patient Safety, by WHO, highlighting the importance of this goal for the promotion of safe care. **Objective:** To analyze in the literature the applicability of the briefing and debriefing tool to improve communication and safety of surgical patients. **Methodology:** Integrative review using the descriptors: briefing, debriefing, patient safety, with a time frame of 2004 to 2022. **Results:** Eighteen articles were selected and three thematic axes emerged: Application of the tool in preoperative care of surgical patients, in the transoperative period and in health education. According to the authors, a compact and well-designed briefing reduces the frequency of interruptions that are sources of communication errors among the surgical team, besides presenting as an advantage the use of the tool to improve the safety climate. Both tools enable the creation of an institutional safety climate, promoting greater safety for the surgical patient. **Conclusion:** The standardization of the briefing and debriefing as summative tools that aim to ensure the safety of the surgical patient is of great relevance, brings strong impact on reducing adverse events, leading to decreased patient morbidity and mortality, and should be encouraged its adoption in the processes of safe surgery in our country.

**Key-words:** Briefing and Debriefing, Communication, Safety of the surgical patient.

## INTRODUÇÃO

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a *Joint Commission International* (JCI), lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, e em conjunto, identificaram seis áreas de atuação, que atualmente são conhecidas como as seis metas internacionais de segurança do paciente, sendo elas: identificar o paciente corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância, assegurar cirurgias com local de identificação correto, procedimento e paciente correto, reduzir riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde através da correta higienização das mãos, bem como reduzir os riscos de lesões por pressão e quedas. (RÖNNAU *et al*, 2018)

Em 2013 o Ministério da Saúde (MS) definiu segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável. E neste mesmo ano o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado no Brasil, através da Portaria Ministerial nº 529, de abril de 2013, tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde

em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013)

Paciente cirúrgico é definido como toda pessoa que irá ser submetida a uma cirurgia, independente da sua finalidade, para o tratamento de alguma doença. A segurança e o bem-estar do cliente constituem o principal objetivo durante todas as fases da experiência perioperatória. (PEDROLO *et al*, 2001)

É imprescindível que seja reconhecido pela equipe atuante a importância da constante elaboração de novas práticas. Com isso podemos destacar que a presença de uma comunicação efetiva entre os membros da equipe cirúrgica proporcionará benefícios diretos ao paciente, destacando-se assim a importância de ferramentas que contribuam para a sua melhora. (SOUZA *et al*, 2020)

Os problemas de comunicação, em alguns locais, estão ligados a existência de um sistema hierárquico na sala de cirurgia, percebe-se que, se nem todos conhecem o nome e a função uns dos outros, a comunicação e a manifestação dos problemas ficam prejudicadas. Essa situação de falha de comunicação é uma ameaça potencial à segurança do paciente, pois os problemas podem facilmente passar despercebidos por toda a equipe. (LEONG *et al*, 2017)

A busca pela melhora da comunicação, levou algumas instituições a realizarem estratégias que visam melhorar o processo de ensino-aprendizagem, aperfeiçoando a habilidade de reflexão, raciocínio clínico e desenvolvimento de competências. (COGO *et al*, 2019)

O *briefing* é a fase introdutória, onde se expõe os aspectos pertinentes à simulação, para orientação dos participantes. A fase de participação, também denominada “cenário”, é o momento de desenvolvimento da vivência de forma prática. Já o *debriefing* é um processo analítico de reflexão, realizado após ou durante o cenário de simulação, que propicia o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes nos envolvidos, esta prática é considerada responsável por cerca de 80% da aprendizagem adquirida pelos participantes. (NASCIMENTO *et al*, 2020)

A utilização de *briefings* e *debriefings* em âmbito cirúrgico visa romper essa hierarquia e criar um ambiente de trabalho onde as informações são compartilhadas prontamente, através de uma autorreflexão, de ambos os profissionais, exteriorizada para a equipe (LEONG *et al*, 2017). A aplicação da ferramenta contribui, quando aplicada no bloco operatório, cenário proposto para este estudo, para uma melhor assistência, visando principalmente a segurança dos nossos pacientes cirúrgicos.

## **OBJETIVO GERAL**

Analisar na literatura a aplicabilidade da ferramenta *briefing and debriefing* para a melhora da comunicação e segurança do paciente cirúrgico.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a utilização da ferramenta *briefing and debriefing* no contexto do bloco operatório;
- Identificar pontos fortes em relação a adoção à ferramenta;
- Analisar as possíveis barreiras ou dificuldades para sua adoção.

## **MÉTODO**

Foi realizado uma pesquisa de revisão integrativa, por meio de levantamento bibliográfico na base de dados BVS, com a combinação dos seguintes descritores: *briefing, debriefing*, segurança do paciente e suas combinações por meio de uso do booleano AND, entre os meses de fevereiro de 2022 a março de 2022.

A revisão é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, sintetizando resultados de pesquisa sobre delimitado tema ou questão. (LACERDA; COSTENARO, 2016)

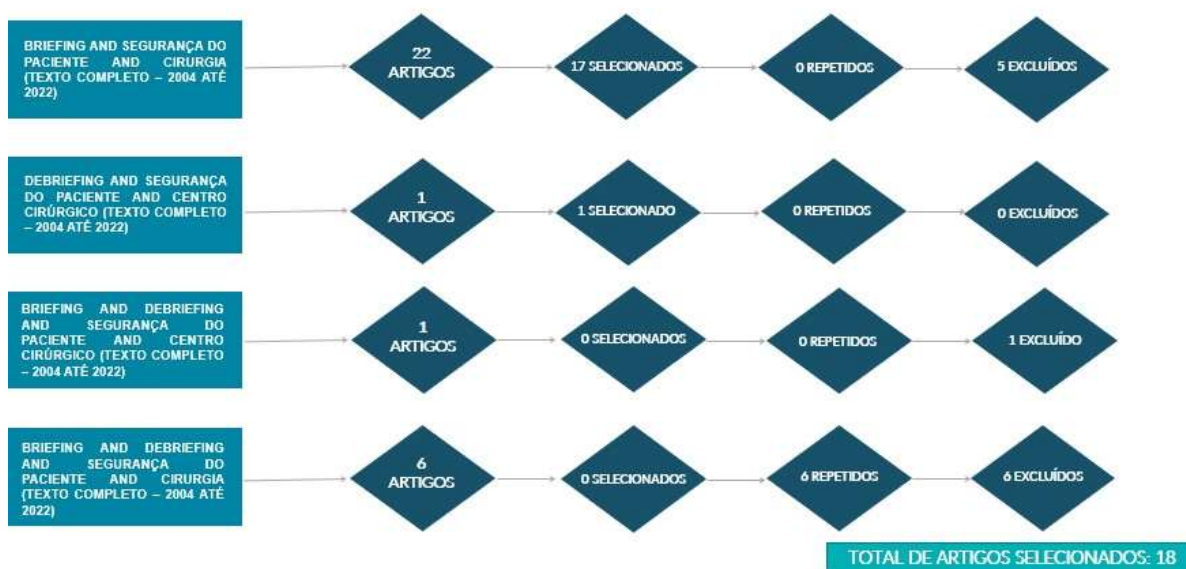
## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Artigos na íntegra, gratuitos e com foco na segurança do paciente cirúrgico. O recorte temporal proposto neste estudo contempla o ano de lançamento da Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a *Joint Commission International (JCI)*, referente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente publicação de 2004 até a data atual.

## RESULTADOS

Após a análise dos estudos foram encontrados ao todo 30 artigos, 6 artigos se encontraram repetidos e outros 6 artigos foram excluídos pois não atendiam ao critério de inclusão referente a gratuidade, sendo selecionado 18 artigos.

### FLUXOGRAMA 1 – RESULTADOS DA BUSCA



Dos estudos emergiram os seguintes eixos temáticos: Aplicação da ferramenta na assistência ao paciente cirúrgico no pré-operatório; Aplicação da ferramenta no período transoperatório; Aplicação da ferramenta na educação em saúde.

#### Quadro 1. Descrição dos eixos temáticos

Eixo central	Eixo temático	NE
Briefing	Pré-operatório	3, 4, 5, 9, 10, 11, 17, 18.
	Transoperatório	6, 11, 12, 13, 14, 15.
	Educação em saúde	2, 7, 11, 16.
Debriefing	Pré-operatório	3, 5, 9.
	Transoperatório	6, 11, 12.
	Educação em saúde	2, 8, 16.

Fonte: Autoria própria

Abaixo apresento quadro com os estudos selecionados:

## Quadro 2. Síntese dos artigos

NE	Autor	Ano/País/ Periódico	Título	Objetivo	Delineamento
1	Koike D, et al	2020/Japão/ <i>International Journal for Quality in Health Care</i>	Intervenções de pacote, incluindo habilidades não técnicas para cirurgiões, podem reduzir o tempo operatório e melhorar a segurança do paciente	Determinar se habilidades não técnicas aos estagiários cirúrgicos reduz o tempo de operação e contribui para a segurança do paciente.	Estudo de campo com abordagem quantitativa.
2	Lagoo J, et al.	2019/Tailândia ELSEVIER	Desenvolvimento e teste de viabilidade de uma ferramenta de <i>briefing</i> de dispositivos e treinamento para melhorar a segurança do paciente durante a introdução de novos dispositivos em salas de cirurgia: melhores práticas e lições aprendidas	Avaliar a eficácia dos <i>briefings</i> na sala de cirurgia para melhorar a comunicação.	Pesquisa de campo, abordagem qualitativa.
3	Leong KBMSL, Hanskamp-Sebregts M, Wal RAVD, et al.	2017/ Holanda/ BMJ Open	<i>Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study</i>	Analisar a melhoria da segurança do paciente na sala de cirurgia pela introdução de <i>briefing</i> e <i>debriefing</i> perioperatório.	Estudo prospectivo com abordagem qualitativa e quantitativa.
4	Martin L, Langell J.	2017/ USA/ ELSEVIER	Melhorar os inícios cirúrgicos pontuais: o impacto da implementação de tempos limite pré-operatórios e pagamento por desempenho	Avaliar o impacto de um tempo limite pré-OR e incentivo de pagamento por desempenho na frequência de inícios cirúrgicos pontuais.	Pesquisa de campo com abordagem quantitativa.
5	Desender L, et al.	2016/ Sociedade Europeia/ ELSEVIER	Um ensaio multicêntrico de ensaio específico do paciente antes do EVAR: impacto no planejamento processual e no desempenho da equipe	Avaliar a utilidade do PsR antes do EVAR como uma ferramenta de planejamento e <i>briefing</i> pré-operatório.	Estudo multicêntrico, com abordagem quantitativa.
6	Cabral RA, et al.	2016/ USA/ AORN JOURNAL	Uso de uma lista de verificação de segurança cirúrgica para melhorar a comunicação da equipe	Avaliar a incorporação do CSS da OMS no fortalecimento da segurança na sala cirúrgica.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa e quantitativa.
7	Cumin D, Skilton C, Weller J.	2017/ Nova Zelândia/ BMJ	Transferência de informações em equipes multidisciplinares de centro cirúrgico: um estudo observacional baseado em simulação	Investigar os padrões de comunicação de informações clinicamente relevantes entre a equipe cirúrgica em cenários cirúrgicos simulados.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa e quantitativa.
8	Stephenson LS, et al	2014/ USA/ BMC Medical Education	A participação na simulação baseada em EHR melhora o reconhecimento de problemas de segurança do paciente	Determinar se a participação na simulação melhora o reconhecimento dos problemas de segurança do paciente.	Pesquisa de campo com abordagem quantitativa.
9	Hicks CW, et al.	2014/ USA/ JAMA	Melhorando a segurança e a qualidade do cuidado com o trabalho em equipe aprimorado através de <i>briefings</i> da sala de cirurgia	Descrever o estado atual da ciência para <i>briefings</i> e <i>debriefings</i> da sala de cirurgia.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa.

## Quadro 1. Continuação

NE	Autor	Ano/País/ Periódico	Título	Objetivo	Delineamento
10	Maxwell BG, et al.	2014/ USA/ <i>Journal of Intensive Care Medicine</i>	Traqueostomia percutânea à beira do leito: 13 dicas para melhorar a segurança e o sucesso: Relato de caso	Identificar os fatores do sistema que facilitam o treinamento, a segurança do paciente e a prevenção de crises.	Relato de caso
11	Wahr JA, et al.	2013/ USA/ <i>AHA Scientific Statement</i>	<i>Patient Safety in the Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork: A Scientific Statement From the American Heart Association</i>	Descrever fatores humanos e de trabalho da equipe de cirurgias cardíacas, focado na segurança do paciente.	Relato de caso
12	Morgan PJ, et al.	2013/ Canadá/ <i>Can J Anesth</i>	<i>Checklist</i> de segurança cirúrgica: implementação em um centro cirúrgico ambulatorial	Avaliar os resultados do paciente em relação à dor pós-operatória e náusea/vômito com o uso do <i>checklist</i> .	Pesquisa de campo com abordagem quantitativa.
13	Trimmel H, et al.	2013/Alemanha/ <i>Der Anesthésist</i>	Verificação de instruções do <i>anesthetist</i> : Ferramenta para melhorar a segurança do paciente na sala de cirurgia	Estabelecer uma verificação de segurança antes da indução anestésica semelhante à verificação aeronáutica pré-voo.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa e quantitativa.
14	Rodrigues SP, et al.	2012/Holanda/ <i>Surgical Endoscopy</i>	Fatores de risco na segurança do paciente: cirurgia minimamente invasiva versus cirurgia convencional	Identificar a frequência de eventos nos diferentes domínios de risco de segurança do paciente durante cirurgia minimamente invasiva (MIS) e cirurgia convencional (CS).	Pesquisa de campo com abordagem quantitativa.
15	Joy BF, et al	2011/ USA/ <i>Pediatr Crit Care Med</i>	Protocolo multidisciplinar padronizada melhora a transferência de pacientes de cirurgia cardíaca para a unidade de terapia intensiva	Avaliar a redução de erros durante a transição do paciente da sala de cirurgia para a unidade de terapia intensiva com a implementação de um protocolo de <i>handover</i> padronizado.	Pesquisa prospectivo e intervencionista, com abordagem qualitativa e quantitativa.
16	Wolf FA, Way LW, Stewart L.	2010/ USA/ <i>Annals of surgery</i>	A eficácia do treinamento da equipe médica: equipe aprimorada Desempenho e atrasos reduzidos na sala de cirurgia: Uma Análise Detalhada de 4.863 Casos	Avaliar a melhoria do trabalho em equipe e o impacto para segurança do paciente na sala de cirurgia.	Pesquisa de campo com abordagem quantitativa.
17	Whyte S, et al.	2009/ Canadá/ ELSEVIER	Captação de um <i>briefing</i> de equipe na sala de operações: uma análise dramática burkeana	Avaliar o impacto dos <i>briefings</i> da equipe pré-operatória na sala de cirurgia.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa.
18	Lingard L, et al.	2008/ Canadá/ <i>Arch Surg</i>	Avaliação de uma lista de verificação pré-operatória e <i>briefing</i> da equipe entre cirurgiões, enfermeiros e anestesiológicos para reduzir falhas na comunicação	Avaliar os <i>briefings</i> estruturados da equipe melhoram a comunicação da sala de cirurgia.	Estudo prospectivo com abordagem quantitativa.

Fonte: Autoria própria

## DISCUSSÃO

### **APLICAÇÃO DA FERRAMENTA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CIRÚRGICO NO PRÉ-OPERATÓRIO**

Uma observação sobre o antes e depois da aplicação do *briefing* perioperatório e o posterior *debriefing*, foi realizada em um hospital terciário da Holanda. O *briefing* e o *debriefing* foram adicionados aos procedimentos de *time-out* e *sign-out*, os autores referem que ambas as ferramentas são utilizadas após o término da lista de verificação, de forma padronizada visando eficiência na aplicação. Os autores realizaram a aplicação do TCI (Inventário de Clima de Equipe), nele é utilizado uma escala *Likert* de 5 pontos (1-5), para medir o clima da equipe como uma medida de resultado das estratégias de melhoria da qualidade. O autor afirma que a utilização da ferramenta promove a segurança do paciente, principalmente através do *feedback* reflexivo imediato, sendo assim uma forma de melhoria contínua do aprendizado. O *briefing* é realizado antes mesmo da entrada do paciente no centro cirúrgico (CC). Já o *debriefing* é realizado ao final do procedimento, sendo um local de discussão entre os membros da equipe, visando identificar os pontos positivos e os que necessitam serem melhorados. Os colaboradores relatam suas experiências e sugerem possíveis melhorias, sempre tendo como foco a qualidade e a segurança. Concluem que ambas as ferramentas perioperatórias resultam em impacto positivo no clima da equipe. O *briefing* foi realizado em menos de 4 minutos e apresentou uma diminuição do cancelamento das cirurgias devido ao alinhamento da equipe sobre o procedimento que será realizado. (LEONG *et al*, 2017)

Em seu estudo Martin *et al* (2017) aborda uma política que foi introduzida em todas as divisões do Departamento de Cirurgia, onde os objetivos eram avaliar o impacto de um tempo limite no pré-operatório através da utilização do *briefing*, dentro do *checklist* de segurança, o cirurgião realizou a condução do *briefing*, sendo necessário a presença da enfermeira circulante da sala de operação e do anestesista. Neste estudo foi identificado que a utilização da ferramenta possibilitou melhor andamento dos procedimentos pré-operatórios, reduzindo não apenas o tempo, mas também levando a uma diminuição de intercorrências relacionadas aos déficits de comunicação.



Desender *et al* (2016) afirma em seu estudo que os erros intraoperatórios mais comuns em procedimentos endovasculares são decorrentes das falhas de comunicação, habilidades, consciência situacional e da falta do trabalho em equipe. Neste estudo o *briefing* pré-operatório foi apenas mencionado como uma forma de planejamento da assistência, sem maiores explicações ou demonstrações. Os autores reforçaram a necessidade da elaboração de mais pesquisas voltadas para a utilização do *debriefing* para avaliação do PsR (Ensaio Específico do Paciente) antes do EVAR (Reparo Endovascular do Aneurisma).

Hicks *et al* (2014) afirma que os *briefings* pré-operatórios contam com a participação de três categorias profissionais: enfermeiro, cirurgião e anestesista. Neste momento, atrelado ao *checklist* de cirurgia segura, é realizada uma revisão sobre todo o procedimento, levando em torno de 2 a 5 minutos. O estudo demonstra que os *briefings* pré-operatórios melhoram a comunicação da equipe. A principal importância do uso dos *debriefings*, segundo os autores, está no *feedback* fornecido pelos colaboradores. Os autores concluem dizendo que ambas as ferramentas são bons métodos para a melhora do trabalho em equipe e da comunicação, além disso reforçam ser necessário ter o comprometimento dos colaboradores neste processo.

Através de um relato de caso Maxwell *et al* (2014) desenvolveram um conjunto de rotinas para serem aplicadas na prática do procedimento de traqueostomia. Com isso durante a realização do estudo os autores denominam o *briefing* pré-operatório de *briefing* pré-procedimento cirúrgico, as sessões eram realizadas antes de todos os procedimentos visando identificar claramente as funções e esclarecer todos os planos operatórios, é realizado uma revisão das possíveis complicações, com planejamento esclarecido de como a equipe estará preparada para reconhecer e intervir em quatro pontos, que os autores acharam mais críticos e relevante, sendo eles: 1. ventilação inadequada 2. sangramento excessivo 3. hipotensão 4. analgesia inadequada. Um dos exemplos da efetividade do *briefing* relatado no estudo foi referente a falta de materiais que, segundo os autores, caso não fosse verificado antes e relatado a equipe o procedimento seria prolongado, gerando prejuízos ao paciente.

Wahr *et al* (2013) relata que uma das vantagens da utilização do *briefing* é a redução pela metade de três pontos importantes, sendo eles a frequência de interrupções de fluxo, a falta de conhecimento sobre o caso e as falhas de comunicação entre a equipe. Segundo os autores os *briefings* pré-operatórios diminuiriam atrasos inesperados na cirurgia em 31%, resultando em melhora da

comunicação e melhora expressiva nas atitudes da equipe. Indo de encontro com os achados de Whyte *et al* (2009), onde os autores afirmam que a ferramenta reduziu falhas de comunicação, melhorou o conhecimento e a prática dos membros da equipe. O *briefing* foi implementado como uma discussão de 1 a 2 minutos estruturado por uma lista de verificação, realizando perguntas e o levantamento de possíveis problemas. Os autores perceberam que cada *briefing* exigiam adaptações de acordo com os procedimentos, o exemplo dado foi que um *briefing* entre a equipe sênior sobre um procedimento de rotina com risco mínimo era bem diferente de um *briefing* que envolvia uma enfermeira iniciante sobre um procedimento desafiador com preocupações médicas ou cirúrgicas únicas. Essas situações, segundo os autores, necessitam de exigências diferentes.

Com o objetivo de implementar uma lista de verificação pré-operatória projetada para apoiar o *briefing* na sala de operação de um hospital acadêmico terciário canadense, foi realizado a aplicação de 302 *briefings*, envolvendo pelo menos três pessoas, sendo elas: enfermeiro, cirurgião e anestesista. Cerca de 92% dos *briefings* durou cerca de 1 a 4 minutos. Desta forma os problemas de comunicação puderam ser identificados e esclarecidos, como por exemplo: ambiguidade de informações, possíveis mudanças nos planos cirúrgicos ou lacuna crítica de falta de conhecimento. Cerca de 44% obtiveram impacto direto no atendimento ao paciente, levando a alterações nas decisões ou ações dos membros da equipe durante o procedimento. O estudo identificou ainda que 92% dos entrevistados concordaram que o *briefing* permitiu que a equipe identificasse e resolvesse os problemas e 88% concordaram que a ferramenta ajudava a proteger os funcionários no que diz respeito a evitar erros que levarão a quebra na segurança do paciente. (LINGARD *et al*, 2008)

Um ponto discutido em comum entre os autores Leong *et al* (2017), Hicks *et al* (2014) e Lingard *et al* (2008) é referente ao tempo de aplicabilidade da ferramenta que gira em torno de 2-4 minutos, tendo apenas Whyte *et al* (2009) apresentado um tempo inferior, visto que para estes autores a ferramenta poderia ser aplicada entre 1-2 minutos.

Dos estudos discutidos acima apenas os autores do Leong *et al* (2017), Hicks *et al* (2014) e Whyte *et al* (2009) abordaram tanto o *briefing* quanto o *debriefing* como uma nova ferramenta, já os estudos de Martin *et al* (2017) e Maxwell *et al* (2014) deixaram subentendidos que o *briefing* se tratava de um reforço ao *checklist* e destacando que por vezes este “tópico” já está presente dentro da lista de verificação,

e por sua vez os estudos de Desender *et al* (2016) e Lingard *et al* (2008) abordaram o *briefing* como uma possível ferramenta de suporte tanto para a assistência quanto ao *checklist*.

### **APLICAÇÃO DA FERRAMENTA NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO**

Cabral *et al* (2016) relata sobre a implementação de uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, sendo adaptada localmente visando a melhoria dos processos de comunicação. Neste estudo o *briefing* é a segunda etapa e ocorre antes da incisão cirúrgica, neste momento cada um dos membros da equipe, um de cada vez, param suas atividades e se apresentam descrevendo quais serão suas funções. Os autores relatam que neste momento ocorre o reconhecimento e a capacitação formal de cada membro da equipe. O cirurgião compartilha o plano operatório, o anestesista compartilha o plano anestésico, o circulador e o técnico cirúrgico confirmam a esterilidade dos instrumentos e a enfermagem relata quaisquer preocupações com a segurança do paciente e todas as informações coletadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Neste mesmo estudo o *debriefing* é relatado como a terceira etapa da lista de verificação, sendo preenchida antes que o paciente deixe a sala de cirurgia. O maior achado destes autores foi sobre a melhora da comunicação destes colaboradores, visto que os membros da equipe cirúrgica expressam gratidão pelo trabalho bem-feito, reforçando um bom ambiente de trabalho em equipe.

Wahr *et al* (2013) afirma que os *briefings* podem reduzir os erros de comunicação, visto que esta ferramenta estabelece, um maior diálogo entre todos os integrantes da equipe. Os autores realizam uma comparação entre as listas de verificação e os *briefings*, e afirmam que as listas de verificação são “sempre as mesmas”, cobrindo as etapas comuns a todos os procedimentos, enquanto os *briefings* devem ser sempre diferentes e focados nos aspectos exclusivos do procedimento. No momento do *debriefing* são realizadas perguntas como: "O que deu certo hoje?" e "O que podemos fazer para garantir que o amanhã seja mais tranquilo?". Os *briefings* possibilitam que a equipe desenvolva um modelo de trabalho compartilhado e integrativo permitem o compartilhamento das principais informações referente ao procedimento e ao paciente. Segundo os autores um *briefing* compacto reduz pela metade essa frequência de interrupções geradoras de erros de

comunicação. Em suas conclusões os autores reforçam que tanto o *briefing* quanto o *debriefing* cirúrgicos podem resultar em reduções expressivas na morbidade e mortalidade dos pacientes cirúrgicos e conseqüente garantem o aumento da segurança do paciente. Já Morgan *et al* (2013) afirma que por vezes a lista de verificação é muito longa para o uso em um CC ambulatorial. Em seu estudo os itens que compunham a *Surgical Safety Checklist* (SSC) eram (*briefing*: Documentação clínica; Medicamentos; Controle da glicemia; Terapia anticoagulante; Monitorização; Comunicação sobre a possível perda sanguínea; Assim como todas as demais preocupações especiais levantadas pela equipe). Já no *debriefing* eles realizam uma “recordação” dos planos (os cirurgiões revisam o procedimento que foi realizado, relatam os importantes eventos que ocorreram no intraoperatório, assim como relatam o balanceamento e gestão dos fluídos do paciente; O anestesista durante a revisão com o time aborda os importantes eventos no decorrer cirúrgico, incluindo o pós-operatório cirúrgico no quesito ventilação, manejo da dor, níveis de glicose e temperatura); Os enfermeiros necessitam realizar a contagem das agulhas, compressas/esponjas e instrumentos, confirmar se todos os documentos estão preenchidos corretamente, qual foi o local anestésico e também relatar os importantes eventos no intraoperatório. Após a fala de cada profissional são realizadas três perguntas a equipe, sendo elas: (1. Existe alguma mudança no pós-operatório necessária do plano inicial?; 2. Quais são as principais preocupações para a recuperação e gestão desse paciente?; 3. Alguma coisa poderia ter sido feita para tornar este caso mais seguro ou mais eficiente?).

Realizando uma analogia entre o *briefing* e a verificação pré voo, foi visto que em ambos os procedimentos o foco era realizar a padronização de fatores relevantes para a segurança do paciente. Em seu estudo Trimmel *et al* (2013) comprova que com a introdução do *briefing* como um complemento a lista de verificação da OMS obteve-se uma expressiva melhora na conscientização dos colaboradores, melhorando a comunicação interdisciplinar. Um efeito colateral foi a intensificação nas discussões sobre segurança do paciente, visto que elas são discutidas atualmente com uma maior frequência. No entanto os autores ressaltam a necessidade de realizar uma quantificação dos intitulados “quase erros” evitados pelo *briefing*, podendo estes serem utilizados como bons indicadores. Os autores afirmam que por meio da ferramenta obtiveram um aumento significativo na conscientização da segurança por

parte dos funcionários, valendo por tanto o esforço de serem realizados os *briefings* entre 3 e 5 minutos.

Rodrigues *et al* (2012) relata que, embora as listas de verificação reduzam a morbidade/mortalidade dos pacientes cirúrgicos, os resultados deste estudo demonstraram que para as cirurgias minimamente invasivas (CMI) é necessário a realização de uma abordagem diferente. O fato de um *time out* conforme o protocolo não estar correlacionado com uma menor frequência de eventos nos leva a especular que um procedimento de *briefing* geral como o *checklist* da OMS é insuficiente para a preparação da CMI. O autor refere que a diferença mais importante nos eventos entre CMI e a cirurgia convencional (CS) está na frequência dos eventos relacionados à tecnologia, sendo necessário uma maior atenção à tecnologia durante o *briefing*. A complexidade tecnológica inerente a CMI torna esse tipo de cirurgia mais propensa a eventos adversos relacionados à tecnologia do que a CS, portanto, o *briefing* dos procedimentos da CMI se torna insuficiente. A incorporação de um protocolo referente ao *briefing* pode ser uma solução para diminuir o número de eventos adversos nas CMI.

Joy *et al* (2011) aborda sobre a passagem do paciente pediátrico para a equipe de terapia intensiva após cirurgia cardíaca, por se tratar de um processo complexo e delicado os autores afirmam que a troca de informações específicas é realizada verbalmente entre as equipes das diferentes unidades. Este estudo aborda o *briefing* antes do procedimento anestésico, segundo os autores foi designado um tempo de 3 a 7 minutos, sendo entendido por todos como um tempo adequado para que a troca de informações possa ser realizada entre as equipes. Segundo o estudo não houve sobrecarga de tempo adicional. Este protocolo que abrange a transferência verbal em um de seus tópicos relata a diminuição de omissões de informações críticas.

## **APLICAÇÃO DA FERRAMENTA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Em seu estudo Wolf *et al* (2010) foi construído um formulário que incluía um *briefing* pré-operatório detalhado e um *debriefing* pós-operatório. Nele os autores realizaram a seguinte pergunta “Como foi o caso no geral?”, sendo assim através de um sistema de pontuação (escala de 1-5), sendo as possíveis respostas: 1) Principais problemas que impactaram o caso (entrega, equipamentos, atrasos, etc); 2) Problemas menores que impactaram o caso; 3) Problemas maiores/menores com o

plano pós-operatório (sem impacto no caso); 4) Problemas maiores/menores, mas resolvidos pela equipe intraoperatória (sem impacto no caso); 5) Sem problemas (o caso correu bem). Apresenta logo em seguida uma seção onde poderia ser realizado planos para o acompanhamento de pontos mais específicos. Os autores utilizaram a ferramenta com o intuito de realizar uma avaliação dos diversos treinamento que eram realizados com a equipe, visando identificar se eram postos em pratica o que era visto nos treinamentos, esperando que pudessem encontrar alguns problemas, para que fossem realizadas alterações e correções nos pontos onde houve falha, buscando assim, melhorar o treinamento da equipe cirúrgica. A aplicação deu início na Cirurgia Geral e posteriormente foram implementados progressivamente nas demais unidades.

Lagoo *et al* (2019) relata que dentre as novas ferramentas identificadas e introduzidas pelos pesquisadores se encontram os *briefings*, sendo eles utilizados em treinamentos de equipe, visando uma comunicação mais segura dentro da sala cirúrgica. O autor ainda refere que pesquisas anteriores demonstraram o valor dos *briefings* pré-operatórios relacionados ao treinamento da equipe cirúrgica na redução do número de eventos adversos, na melhoria do trabalho em equipe e da comunicação entre as demais equipes cirúrgicas. O estudo aborda a utilização da ferramenta voltada para o treinamento dos colaboradores na introdução de novos dispositivos dentro do centro cirúrgico, e afirma que para desenvolver e testar a viabilidade e aceitabilidade desta ferramenta a intervenção incluiu um treinamento multidisciplinar entre cirurgiões e enfermeiros. Sendo levantado como pontos importantes: garantir que o *briefing* seja realizado de maneira calma e didática; Garantir que o *debriefing* seja realizado o mais próximo possível ao final do treinamento; Designar um tempo adequado para a realização do *debriefing* após o treinamento, para que os participantes possam lembrar com maior facilidade e se concentrarem no que ocorreu, assim como utilizar o *feedback* dos participantes sobre a utilização da ferramenta, estando sempre aberto para realizar as adaptações necessárias.

Através de um estudo exploratório voltado para o treinamento dos colaboradores, os principais padrões de comunicação das informações, clinicamente relevantes entre membros da equipe de pós-operatório (PO), foram realizados com a utilização do *briefing* em diferentes momentos. Os autores apontaram ao final do estudo que todas as informações tinham cinco vezes mais chances de serem efetivamente comunicadas se fossem mencionadas durante uma comunicação formal

da equipe, ou seja, durante o *briefing*. Os autores enfatizam que o uso de listas de verificação para orientar a comunicação formal da equipe tornou-se generalizado após a introdução da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, porém afirma que um *briefing* pré-operatório pode encorajar a equipe a reunir e compartilhar as informações que eles têm sobre o procedimento subsequente, permitindo que toda a equipe esteja “na mesma página”. (CUMIN; SKILTON; WELLER, 2017). Sendo reforçado por Wahr *et al* (2013), visto que os autores afirmam que a utilização dos *briefings* relacionados ao treinamento dos colaboradores, focados na melhora da comunicação nas salas cirúrgicas estão associados a uma melhora expressiva nas atitudes da equipe, sendo observadas pela maior segurança dos profissionais no contexto hospitalar. Os autores afirmam que o uso de *briefings* no treinamento de procedimentos pré-operatórios reduzem os erros de comunicação pela metade, prevenindo que estes permaneçam sendo as principais fontes de erros clínicos. Ambos os estudos acima são complementados por Koike *et al* (2020) quando o autor refere que a implementação de *briefings* pré e pós-operatórios possuem potencial para melhorar a comunicação entre a equipe multidisciplinar, superando a hierarquia cirúrgica, visto que os *briefings* geraram mudanças no clima, comportamento e sistemas no departamento cirúrgico do pesquisador, onde o autor utilizou a ferramenta para a implementação de um novo *bundle* na sua unidade.

Stephenson *et al* (2014) descreve a criação de possíveis situações para posterior treinamento da equipe, sendo realizado avaliação de desempenho destas simulações através do *debriefing*. Esta ferramenta poderá ser utilizada como um método viável de treinamento que permite uma transferência significativa do aprendizado posterior a simulação realística, para a otimização da capacidade dos sujeitos de reconhecer dados críticos. O autor refere que os *debriefings* se concentram na identificação do impacto da atividade, esclarecendo conceitos, emoções, empatia e engajando-se em reflexões e análises sistemáticas.

Um ponto em comum entre todos os autores citados é a concordância com a utilização do *briefing* e do *debriefing* no treinamento para posterior atuação no bloco operatório, sendo destacado por Wahr *et al* (2013) a necessidade de serem realizados mais estudos sobre sua aplicação no âmbito hospitalar cirúrgico e ressaltado por Koike *et al* (2020) e Cumin; Skilton; Weller (2017) que esta ferramenta deve ser utilizada de maneira multidisciplinar focada na educação em saúde.

## CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a identificação do uso da ferramenta *briefing and debriefing* em cirurgias em três momentos, sendo eles: na assistência ao paciente no pré-operatório; no período do transoperatório e durante o processo de educação em saúde, tendo os EUA e o Canadá como principais pioneiros nesta temática. O tempo médio de aplicação da ferramenta variou de 3 minutos em pacientes adultos e 6 minutos em crianças. Em relação a equipe todos os autores descrevem a obrigatoriedade da presença do cirurgião, do anestesista e do enfermeiro para aplicação da ferramenta. Os pontos fortes do *briefing* aparecem como a construção de um ambiente de trabalho propício ao compartilhamento de todas as informações importantes entre a equipe cirúrgica, com a adoção da comunicação proativa, com o foco na construção de um entrosamento entre os colaboradores. O *debriefing*, por sua vez, apresenta seu ponto forte baseado no *feedback* reflexivo coletivo, propiciando uma consciência situacional, focando nos pontos a serem melhorados onde houve falhas na comunicação. Ambas as ferramentas possibilitam a criação de um clima de segurança institucional, promovendo assim a maior segurança ao paciente cirúrgico. Esta ferramenta não apresenta o intuito de abolir a utilização do *checklist* de cirurgia segura, mas sim somar forças no quesito segurança cirúrgica, visto que por muitas vezes este *checklist* é engessado, não focando na maioria das vezes nos aspectos exclusivos do procedimento. A resistência de alguns colaboradores e a não adaptação da ferramenta ao cotidiano destas equipes podem ser barreiras impeditivas na implementação da ferramenta, assim como o sentimento de hierarquização referente ao médico se tornar protagonista nesta aplicação. Por isso se faz necessário o empoderamento da enfermagem frente a aplicação desta ferramenta, visto que esta é a profissão que mais está focada na garantia da segurança do paciente e que possui sua linha de trabalho pautada na prestação de um cuidado integral e contínuo, tendo a comunicação como principal instrumento transformador do cuidado. Apesar dos pontos negativos observados, todos os estudos concordam com a possibilidade de se aplicar a ferramenta sem restrições, frente a constantes e intensivas explicações das vantagens oferecidas pelo instrumento. A padronização do *briefing* e *debriefing* como ferramentas somatórias que visam a garantia da segurança do paciente cirúrgico é de grande relevância, traz forte impacto a diminuição de eventos adversos, levando a



diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes, devendo ser encorajada sua adoção nos processos de cirurgia segura em nosso país.

## REFERÊNCIAS

Rönnau DDRO, Storch MS. **Segurança do paciente: mais que uma responsabilidade, um compromisso de todos.** [Trabalho de conclusão de curso on the Internet]. Porto Alegre: Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC; 2018 [cited 2022 Mar 2]. 11 s. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048221/tcc-diogo-della-santa-ronnau.pdf>  
Técnico em Enfermagem.

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013** [Internet]. Ministério da Saúde; 2013. Portaria do Ministério da Saúde; [cited 2022 Mar 2]; Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

Pedrolo FT, Hannickel S, Oliveira JZ, Zago MMF. **A experiência de cuidar do paciente cirúrgico: as percepções dos alunos de um curso de graduação em enfermagem.** Rev Esc Enf USP [Internet]. 2001 Mar 15 [cited 2022 Mar 2];35(1):35-40. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LW8hf4mHYQhK8ZHNGFTMyBh/?format=pdf&lang=pt>

Souza ATG, et al. **Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem.** SOBECC: atient safety in the surgical center: nursing professionals perceptions [Internet]. 2020 Apr 02 [cited 2021 Mar 3];25(2):75-82. DOI 10.5327/Z1414-4425202000020003. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/593/pdf>

Leong KBMSL, Hanskamp-Sebregts M, Wal RAVD, et al. **Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study.** BMJ Open [Internet]. 2017 Oct 05 [cited 2021 Mar 3];7(018367):1-7. DOI 10.1136. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/12/e018367.full.pdf>

Cogo ALP, Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Santos MRR. **Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos.** Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180175. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180175>.

Nascimento JSG, Oliveira JLG, Alves MG, Braga FTMM, Góes FSN, Dalri MCB. **Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190182. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>

Lacerda MR, Costenaro RGS. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: Da teoria à prática.** 1st ed. Porto Alegre: MORIÁ; 2016. 496 p.

Martin L, Langell J. **Melhorar os inícios cirúrgicos pontuais: o impacto da implementação de tempos limite pré-operatórios e pagamento por desempenho.** Journal of Surgical Research [Internet]. 2017 Jun 30 [cited 2022 Mar 20]:1-3. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2017.05.092>. Available from: [https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(17\)30346-3/fulltext](https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(17)30346-3/fulltext)

Desender L, et al. **Um ensaio multicêntrico de ensaio específico do paciente antes do EVAR: impacto no planejamento processual e no desempenho da equipe.** Impacto no Planejamento Processual e Desempenho da Equipe [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 20]; (53):354-361. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2016.12.018>. Available from: [https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(16\)30647-5/fulltext](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(16)30647-5/fulltext)

Hicks CW, et al. **Melhorando a segurança e a qualidade do cuidado com o trabalho em equipe aprimorado através de briefings da sala de cirurgia.** Cirurgia JAMA [Internet]. 2014 Jul 09 [cited 2022 Mar 28]:1-7. DOI [10.1001/jamasurg.2014.172](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.172). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25006700/>

Maxwell BG, et al. **Traqueostomia percutânea à beira do leito: 13 dicas para melhorar a segurança e o sucesso: Relato de caso.** Journal of Intensive Care Medicine [Internet]. 2016 Sep 17 [cited 2022 Mar 28];29(2):110-115. DOI [10.1177/0885066613487305](https://doi.org/10.1177/0885066613487305). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23753248/>

Wahr JA, et al. **Patient Safety in the Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork: A Scientific Statement From the American Heart Association.** AHA Scientific Statement [Internet]. 2013 Sep 03 [cited 2022 Mar 28]:1139-1153. DOI [10.1161/CIR.0b013e3182a38efa](https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182a38efa). Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e3182a38efa>

Whyte S, et al. **Captação de um briefing de equipe na sala de operações: uma análise dramática burkeana.** Elsevier Ltd [Internet]. 2009 Oct 23 [cited 2022 Mar 28]; (69):1757-1766. DOI [10.1016/j.socscimed.2009.09.054](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.054). Available from: <file:///C:/Users/camil/OneDrive/Documents/TCC/ARTIGOS/E17%20TRADU%C3%87%C3%83O.pdf>

Lingard L, et al. **Avaliação de uma lista de verificação pré-operatória e briefing da equipe entre cirurgiões, enfermeiros e anesthesiologistas para reduzir falhas na comunicação.** ARCH SURG [Internet]. 2006 Sep 04 [cited 2022 Mar 28];143(1):12-17. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/5642864\\_Evaluation\\_of\\_a\\_Preoperative\\_Checklist\\_and\\_Team\\_Briefing\\_Among\\_Surgeons\\_Nurses\\_and\\_Anesthesiologists\\_to\\_Reduce\\_Failures\\_in\\_Communication](https://www.researchgate.net/publication/5642864_Evaluation_of_a_Preoperative_Checklist_and_Team_Briefing_Among_Surgeons_Nurses_and_Anesthesiologists_to_Reduce_Failures_in_Communication)

Cabral RA, et al. **Uso de uma lista de verificação de segurança cirúrgica para melhorar a comunicação da equipe.** AORN Journal [Internet]. 2016 Aug 26 [cited 2022 Apr 12];104(3):206-216. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.06.019>. Available from: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2016.06.019>

Morgan PJ, et al. **Checklist de segurança cirúrgica: implementação em um centro cirúrgico ambulatorial.** Can J Anesth [Internet]. 2013 Mar 16 [cited 2022 Apr 12];123(60):528-538. DOI 10.1007/s12630-013-9916-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23504355/>

Trimmel H, et al. **Verificação de instruções do anesthetist: Ferramenta para melhorar a segurança do paciente na sala de cirurgia.** Der Anesthésist [Internet]. 2013 Jan 26 [cited 2022 Apr 12]; (62):53-60. DOI 10.1007/ s00101-012-2117-y. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/235376222\\_Anesthetist%27s\\_briefing\\_check\\_Tool\\_to\\_improve\\_patient\\_safety\\_in\\_the\\_operating\\_room](https://www.researchgate.net/publication/235376222_Anesthetist%27s_briefing_check_Tool_to_improve_patient_safety_in_the_operating_room)

Rodrigues SP, et al. **Fatores de risco na segurança do paciente: cirurgia minimamente invasiva versus cirurgia convencional.** Surg Endosc [Internet]. 2011 Sep 05 [cited 2022 Apr 12]; 26:350-356. DOI 10.1007/s00464-011-1874-z. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-011-1874-z>

Joy BF, et al. **Protocolo multidisciplinar padronizada melhora a transferência de pacientes de cirurgia cardíaca para a unidade de terapia intensiva.** Pediatr Crit Care Med [Internet]. 2011 May 12 [cited 2022 Apr 12];12(3):304-308. DOI 10.1097/PCC.0b013e3181fe25a1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21057370/>.

Wolf FA, Way LW, Stewart L. **A eficácia do treinamento da equipe médica: equipe aprimorada Desempenho e atrasos reduzidos na sala de cirurgia: Uma Análise Detalhada de 4.863 Casos.** Annals of Surgery [Internet]. 2010 Sep 03 [cited 2022 May 21];252(3):477-485. DOI 10.1097/SLA.0b013e3181f1c091. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20739848/>.

Lagoo J, et al. **Desenvolvimento e teste de viabilidade de uma ferramenta de briefing de dispositivos e treinamento para melhorar a segurança do paciente durante a introdução de novos dispositivos em salas de cirurgia: melhores práticas e lições aprendidas.** Journal of Surgical Research [Internet]. 2019 Aug 22 [cited 2022 May 21]; 244:579-586. DOI 10.1016/j.jss.2019.05.056. Available from: [https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(19\)30385-3/fulltext](https://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(19)30385-3/fulltext)

Cumin D, Skilton C, Weller J. **Transferência de informações em equipes multidisciplinares de centro cirúrgico: um estudo observacional baseado em simulação.** BMJ Quality & Safety [Internet]. 2016 Apr 21 [cited 2022 May 21]; 26:209-016. DOI 10.1136/bmjqs-2015-005130. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/3/209>

Koike D, et al. **Intervenções de pacote, incluindo habilidades não técnicas para cirurgiões, podem reduzir o tempo operatório e melhorar a segurança do paciente.** International Journal for Quality in Health Care [Internet]. 2020 Jul 01 [cited 2022 May 21];32(8):522-530. DOI 10.1093/intqhc/mzaa074. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32648898/>.

Stephenson LS, et al. **A participação na simulação baseada em EHR melhora o reconhecimento de problemas de segurança do paciente.** BMC Medical Education [Internet]. 2014 Oct 21 [cited 2022 May 21];224(14):1-8. DOI 10.1186/1472-6920-14-224. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-224>