



RBO  
REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA

www.rbo.org.br



## Artigo Original

# Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros<sup>☆</sup>

Geraldo da Rocha Motta Filho<sup>a,b,\*</sup>, Lúcia de Fátima Neves da Silva<sup>c,d,e</sup>,  
Antônio Marcos Ferracini<sup>b,f</sup> e Germana Lyra Bähr<sup>c,g,h</sup>

<sup>a</sup> Centro de Cirurgia do Ombro e Cotovelo, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

<sup>c</sup> Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>d</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>e</sup> Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>f</sup> Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Hospital San Rafael, Salvador, BA, Brasil

<sup>g</sup> Audencia School of Management, Nantes, França

<sup>h</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

#### Histórico do artigo:

Recebido em 7 de agosto de 2013

Aceito em 16 de agosto de 2013

#### Palavras-chave:

Segurança do paciente

Erros médicos

Procedimentos cirúrgicos operatórios

Lista de verificação

### R E S U M O

**Objetivo:** A pesquisa analisou o grau de conhecimento do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pelos ortopedistas brasileiros.

**Métodos:** Foi feita uma pesquisa voluntária entre os 3.231 ortopedistas participantes do 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), em novembro de 2012, por meio de um questionário sobre o uso do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS. Após o recebimento de 502 questionários respondidos, foi feita a análise estatística dos resultados. **Resultados:** Dentre os 502 ortopedistas respondentes, 40,8% relataram ter vivenciado a experiência de cirurgia em paciente ou em local errado e 25,6% deles apontaram “falhas de comunicação” como responsáveis pelo erro. Do total de respondentes, 36,5% relataram não marcar o local da cirurgia antes de encaminhar o paciente ao centro cirúrgico e 65,3%, desconhecer total ou parcialmente o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS. Desses ortopedistas, 72,1% nunca foram treinados para o uso do protocolo.

**Discussão:** Erros médicos ocorrem, principalmente em ambiente cirúrgico, e representam um alto risco para a segurança dos pacientes. Considerando que a cirurgia ortopédica é uma especialidade de grande volume e frequentemente de alta complexidade, envolve uma probabilidade grande de ocorrência de erros, a maioria evitável por meio do uso do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS. Na amostra pesquisada, restou evidenciado que 65,3% dos ortopedistas brasileiros desconhecem tal protocolo, apesar dos esforços da OMS para a sua divulgação.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

<sup>☆</sup> Trabalho realizado no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: geraldomotta@terra.com.br (G.R. Motta Filho).

## The WHO Surgical Safety Checklist: Knowledge and use by Brazilian orthopedists

### ABSTRACT

#### Keywords:

Patient safety  
Medical errors  
Surgical procedures  
operative  
Checklist

**Objective:** The research examined Brazilian orthopedists' degree of knowledge of the World Health Organization Surgical Safety Checklist.

**Methods:** A voluntary survey was conducted among the 3,231 orthopedists taking part in the 44<sup>th</sup> Brazilian Congress of Orthopedics and Traumatology in November 2012, using a questionnaire on the use of WHO Surgical Safety Checklist. A statistical analysis was done upon receipt of 502 completed questionnaires.

**Results:** Among the 502 orthopedists, 40.8% reported the experience of wrong site or wrong patient surgery and 25.6% of them indicated "miscommunication" as the main cause for the error. 35.5% of the respondents don't mark the surgical site before sending the patient to the Operating Room and 65.3% reported lack of knowledge of the World Health Organization (WHO) Surgical Safety Checklist, fully or partially. 72.1% of the orthopedists have never been trained to use this protocol.

**Discussion:** Medical errors are more common in the surgical environment and represent a high risk to patient safety. Orthopedic surgery is a high volume specialty with major technical complexity and therefore with increased propensity for errors. Most errors are avoidable through the use of the WHO Surgical Safety Checklist. The study showed that 65.3% of Brazilian orthopedists are unaware of this protocol, despite the efforts of WHO for its disclosure.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

## Introdução

O princípio *primum non nocere* (em primeiro lugar não causar danos), atribuído a Hipócrates, demonstra a preocupação desde a Antiguidade com o risco envolvido no exercício da medicina.

Sociedades médicas no mundo reconheceram e lideraram o movimento para coibir os erros médicos e o estabelecimento dos conceitos da cirurgia segura. A American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) iniciou seus esforços com a iniciativa conhecida como Wrong Site Surgery ainda nos anos 1980 e publicou seus resultados preliminares em 1984.<sup>1-3</sup> Em 2000, a publicação do Institute of Medicine (IOM) intitulada "To Err is Human: Building a Safer Health System" sensibilizou o público, a mídia, políticos e profissionais médicos e consolidou o interesse pelo tema.<sup>4</sup>

Em Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em 2002, os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), após reconhecer a necessidade de reduzir o dano e o sofrimento de pacientes e parentes advindo de erros médicos, acordaram uma resolução para aumentar a segurança do paciente, dentro das políticas públicas mundiais. Em outubro de 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), que, a partir de 2005, passou a definir temas prioritários a serem abordados a cada dois anos, conhecidos como Desafios Globais.<sup>5</sup>

Em 2007-2008, o segundo desafio global estabeleceu o foco na melhoria da segurança no ambiente cirúrgico (Cirurgia Segura), com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico, por meio de quatro ações importantes: (i) prevenção de infecções do sítio cirúrgico; (ii) anestesia segura; (iii) equipes cirúrgicas seguras; e

(iv) indicadores da assistência cirúrgica.<sup>4</sup> Baseada nessas ações, foi iniciada nos países membros da OMS uma campanha conhecida como Cirurgias Seguras Salvam Vidas.



Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, cujo principal objetivo era a adoção, pelos hospitais, de uma lista de verificação padronizada, preparada por especialistas, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. Essa lista de verificação deveria ser feita em todas as cirurgias e em três fases: antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign Out*)<sup>6</sup> (figs. 1-3).

No *Sign In* é verificada a identidade do paciente, a marcação do sítio cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento e a conformidade dos materiais solicitados. Também são antecipadas as dificuldades de intubação e o risco de hemorragias. No *Time Out*, uma breve pausa de menos de um minuto antes da incisão, todos os membros da equipe cirúrgica – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e quaisquer outras pessoas envolvidas – se apresentam, antecipam as possíveis complicações da cirurgia, confirmam verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento a ser feito e a posição do paciente. Nessa etapa também são confirmados: (i) a aplicação de antimicrobianos e tromboembólicos profiláticos, quando indicados; (ii) a conformidade dos exames de imagem e (iii) o funcionamento e a correta esterilização dos materiais. O *Time Out* é um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros como "paciente errado" ou "local errado". Tem sido mandatório nos Estados Unidos, mas em muitos países, como o Brasil, é apenas sugerido. No *Sign Out*, o procedimento é novamente checado, os materiais usados são conferidos e contados, as amostras, encaminhadas e os planos pós-operatórios, discutidos. Em cada uma das três fases o



# Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

## ENTRADA – SIGN IN ►►►►►►►►►►►

FASE 1
<b>QUANDO:</b> antes da indução anestésica
<b>QUEM:</b> a checagem deverá ser realizada pelo enfermeiro e o anestesista
<b>O QUE CHECAR:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Confirmação com o paciente           <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Identificação</li> <li>▶ Sítio cirúrgico</li> <li>▶ Procedimento</li> <li>▶ Consentimento</li> </ul> </li> <li>○ Sítio cirúrgico marcado?</li> <li>○ Carro anestésico completo e liberado para uso?</li> <li>○ Oxímetro posicionado e em funcionamento?</li> <li>○ Alguma alergia conhecida?</li> <li>○ Risco de aspiração?</li> <li>○ Risco de hemorragia?</li> <li>○ Hemotransusão prevista está disponível?</li> </ul>
 

Este checklist pode ser adaptado. Adições e modificações para adaptação à prática local devem ser encorajadas.

**Figura 1 – Lista de verificação antes do início da anestesia (Sign In).**



## Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

### PAUSA CIRÚRGICA – TIME OUT ▶▶▶▶

#### FASE 2

**QUANDO:** antes da incisão cirúrgica

**QUEM:** deverá ser verbal e conduzida pelo cirurgião

#### O QUE CHECAR:

- Equipe cirúrgica presente? Apresentação breve de cada membro da equipe.
- Identificação do paciente correta?
- Procedimento cirúrgico correto?
- Sítio cirúrgico correto?
- Bisturi e placas testados?
- Instrumental, imagens, aparelhos e implantes disponíveis?
- Antibiótico profilático infundido?

#### ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

- Cirurgião
  - ▶ Duração da cirurgia
  - ▶ Perda de sangue
  - ▶ Outros eventos esperados
- Anestesista
  - ▶ Preocupações específicas com o paciente e/ou equipamentos
- Enfermagem
  - ▶ Preocupações específicas com o paciente e/ou equipamentos





Este checklist pode ser adaptado. Adições e modificações para adaptação à prática local devem ser encorajadas.

**Figura 2 – Lista de verificação antes da incisão na pele (Time Out).**



## Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

### SAÍDA – SIGN OUT ●

FASE 3
<b>QUANDO:</b> após o término da cirurgia
<b>QUEM:</b> o enfermeiro confirma verbalmente com a equipe
<p><b>O QUE CHECAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nome do procedimento realizado</li> <li>○ Contagem do instrumental, gazes e compressas utilizadas</li> <li>○ Amostras coletadas estão devidamente identificadas?</li> </ul> <p><b>CONFIRMAÇÃO COM EQUIPE CIRÚRGICA DOS PRINCIPAIS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS</b></p>
 

Este checklist pode ser adaptado. Adições e modificações para adaptação à prática local devem ser encorajadas.

**Figura 3 – Lista de verificação antes da saída do paciente da sala cirúrgica (Sign Out).**

coordenador da lista de verificação deve confirmar se a equipe cirúrgica completou todas as tarefas para aquela etapa, antes de prosseguir para a nova fase.<sup>6</sup>

Aproximadamente 234 milhões de cirurgias são feitas anualmente no mundo. Cerca de sete milhões de pacientes apresentam complicações sérias e um milhão morrem durante ou logo após a cirurgia.<sup>7</sup> O aumento no número de cirurgias foi possível por meio do extraordinário avanço tecnológico, que trouxe benefícios consideráveis para os pacientes. Os resultados melhoraram de forma significativa e procedimentos cirúrgicos altamente complexos se tornaram rotineiros. Por outro lado, o avanço tecnológico tornou o ambiente cirúrgico mais inseguro.<sup>8</sup>

Num período de seis meses em um centro cirúrgico nos Estados Unidos foi evidenciada uma taxa de mortalidade relacionada a erros médicos de uma para cada 270 erros (0,4%) e 65% desses erros foram considerados como evitáveis.<sup>9</sup> Atualmente, o ambiente cirúrgico é considerado altamente inseguro, com uma taxa de eventos adversos estimada em um para cada 10.000 cirurgias. No trauma ortopédico, tal taxa sobe para uma complicação para cada 100.<sup>10</sup> A taxa de mortalidade cirúrgica, se comparada à da aviação civil (inferior a uma por 1.000.000 de exposições), faz com que a saúde seja considerada mais perigosa.<sup>10</sup> Somado a esses fatores, ainda há o custo social e financeiro desses erros.

De acordo com dados da Autoridade de Litigação (LA) da National Health System (NHS), sediada na Inglaterra, a maioria das queixas de negligência clínica vem de especialidades cirúrgicas. A ortopedia é a mais representativa e responde por 29,8% dos casos (87 de 292),<sup>11</sup> dados subnotificados, já que muitos pacientes optam por não processar os cirurgiões e os hospitais.<sup>12</sup>

Mesmo os procedimentos mais simples envolvem dezenas de etapas críticas, com inúmeras oportunidades para falhas e enorme potencial de erros que resultam em injúrias aos pacientes: (i) identificação correta do paciente e do local; (ii) esterilização eficiente do material usado; (iii) administração segura da anestesia; e (iv) feitura do ato cirúrgico.

O obstáculo mais crítico para o bom desempenho de uma equipe cirúrgica é a própria equipe: os cirurgiões, os anestesistas, os enfermeiros e outros membros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva. Uma equipe que trabalhe unida para usar seus conhecimentos e suas habilidades em benefício do paciente pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida.<sup>6</sup>

Para tanto, é necessário combinar a precisão técnica com a segurança do paciente. Nesse contexto, o uso correto de feramentas como o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pode ajudar a atingir essa meta.<sup>13</sup>

Esta pesquisa tem por objetivo analisar o grau de conhecimento do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pelos ortopedistas brasileiros.

## Material e métodos

O presente estudo é uma pesquisa de natureza exploratória, de caráter quantitativo, baseada na aplicação de um questionário sobre o tema Cirurgia Segura a 3.231 ortopedistas que participaram do 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e

**Tabela 1 – Distribuição geográfica dos participantes**

Estado	Nº de profissionais	%
São Paulo	138	27,50%
Rio de Janeiro	53	10,50%
Minas Gerais	51	10,10%
Bahia	42	8,40%
Paraná	30	6%
Santa Catarina	27	5,40%
Ceará	25	5%
Outros	136	27,10%
Total	502	100%

Traumatologia (CBOT), organizado pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) em Salvador (BA), em novembro de 2012.

O questionário foi baseado no elaborado pela American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), que, por sua vez, usou o criado pela American Academy of Otholaryngology – Head and Neck Surgery (AAO-HNS), modificado para adequar-se à prática da ortopedia e traumatologia.<sup>14,15</sup>

A distribuição e o recolhimento dos formulários foram feitos por uma equipe da SBOT. O grupo de profissionais que respondeu à pesquisa, aos quais não foi solicitada identificação, não foi selecionado por algum critério específico que não a vontade de participar do estudo. Assim, o tamanho da amostra foi aleatório. Após o recolhimento dos formulários, foi feita a análise estatística descritiva das respostas.

## Resultados

O número de profissionais participantes do 44º CBOT foi de 3.231, enquanto o número de formulários retornados foi de 502, o que representa 15,5% do total.

A maior parte dos respondentes, 317 (63,1%), atua em ortopedia geral. Dentre os que atuam em subespecialidades, a cirurgia do joelho foi a que apresentou maior quantitativo, 105 profissionais (20,9%), seguida pelo trauma ortopédico, com 85 profissionais (16,9%), e pela cirurgia do ombro e do cotovelo, com 58 (11,6%).

Em relação à área geográfica, os ortopedistas participantes da pesquisa atuam em todos os estados do Brasil, com exceção do Acre. O Estado de São Paulo foi o que apresentou a maior representatividade na amostra, com 138 respondentes (27,5%), seguido pelo Estado do Rio de Janeiro, com 53 respondentes (10,5%), por Minas Gerais, com 51 (10,1%), e pela Bahia, com 42 (8,4%) (tabela 1).

Entre esses 502 ortopedistas, 433 (86,2%) afirmaram ter concluído residência médica em ortopedia e traumatologia (tabela 2).

A análise do tempo de exercício profissional desse grupo demonstrou que aproximadamente 40% do total têm mais de 20 anos de atuação e apenas 16,7% têm menos de cinco anos de prática.

Ao avaliarmos a ocorrência de erros dentre os profissionais, 199 (39,6%) referiram ter vivenciado algum erro dentro de sua prática nos últimos seis meses. Esses incidentes vivenciados nos centros cirúrgicos estiveram, em sua maior parte, relacionados a problemas com material incompleto ou danificados

**Tabela 2 – Profissionais que fizeram residência médica em ortopedia e traumatologia**

Residência em ortopedia	Número de profissionais	%
Sim	433	86,20%
Não	62	12,40%
Não informado	7	1,40%
Total	502	100%

**Tabela 3 – Incidência de erros na prática clínica dos participantes**

	n	%
Sim	205	40,80%
Não	296	59%
Não informado	1	0,20%

**Tabela 4 – Conhecimento dos profissionais em relação ao Protocolo de Cirurgia Segura**

	n	%
Sim	148	29,50%
Não	328	65,30%
Não informado	26	5,20%

após início do procedimento, problemas nos equipamentos da sala de cirurgia e falhas na comunicação (tabela 3).

Dos consultados, 63,5% preferiram marcar o local a ser operado antes de encaminhar o paciente ao centro cirúrgico e 69,5% relataram conferir o material de implante e o funcionamento dos equipamentos da sala antes da anestesia (fig. 4).

Se, por um lado, 65,3% mencionaram desconhecer total ou parcialmente o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, 37,1% afirmaram reconhecer tal protocolo como uma barreira de segurança para o paciente, o médico e a instituição. Dos ortopedistas, 72,1% relataram não ter tido treinamento para seu uso (tabelas 4-6).

A última pergunta constante do formulário se refere ao envolvimento dos profissionais em queixas ao Conselho Regional de Medicina ou à Justiça. Verificou-se que é mais frequente o envolvimento na Justiça, uma vez que 171 respondentes (34,1%) afirmaram já ter respondido a esse tipo de queixa, contra 131 (26,1%) que alegaram já ter respondido a queixas no Conselho de Medicina.

**Tabela 5 – Demais perguntas a respeito da cirurgia segura**

Perguntas	Nº de profissionais	%
Marca o local a ser operado antes da cirurgia?	319	63,50%
Confere o material de implante e o funcionamento dos equipamentos de sala antes da anestesia?	349	69,50%
Já teve cirurgia de um paciente já anestesiado suspensa por falta de material, exames e/ou outros?	192	38,20%

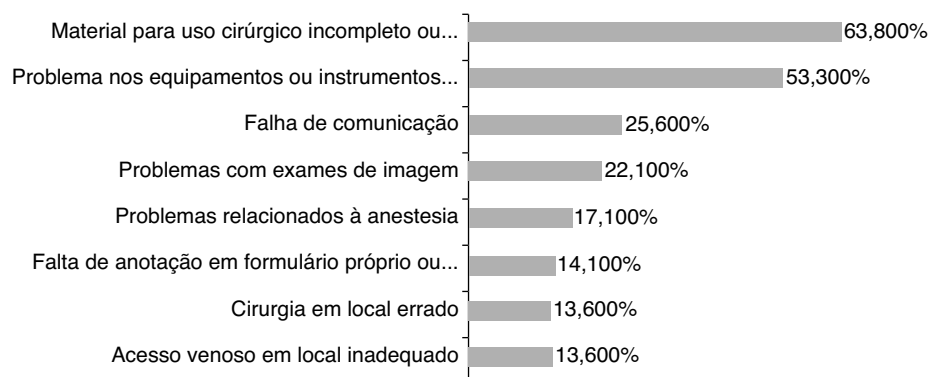
**Tabela 6 – Treinamento para uso do Protocolo de Cirurgia Segura**

Como foi treinado para o uso do Protocolo de Cirurgia Segura	Número de profissionais	%
Não foi treinado	362	72,10%
Pela equipe médica	46	9,10%
Pela Assessoria de Qualidade	28	5,60%
Pela equipe de enfermagem	17	3,40%
Por profissionais administrativos	17	3,40%
Pela Gerência de Risco	12	2,40%
Outros	20	4,00%

## Discussão

As pesquisas que envolvem populações específicas apresentam limitações. Nesta pesquisa recebemos um percentual limitado, 15,5% da população-alvo, resultado próximo ao obtido nas ações feitas pela AAO-HNS, de 18,6%, e pela AAOS, de 16,6%.<sup>15</sup> O uso dos padrões empregados por essas duas sociedades teve por objetivo dar mais consistência às informações coletadas e permitir a comparação dos achados. Além disso, os resultados deste estudo podem ser úteis como iniciativa motivadora para uma pesquisa mais detalhada.

Os participantes da pesquisa estão concentrados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia (56,7%), o que está de acordo com a distribuição geográfica de ortopedistas em nosso país. Da mesma forma, os especialistas

**Figura 4 – Classificação dos tipos de incidentes.**

com residência médica representaram 86,2% do total dos respondentes, o que corresponde ao número de membros da SBOT que costumam comparecer ao congresso brasileiro. O quantitativo de profissionais que informou já ter vivenciado, em algum momento de suas carreiras, cirurgias em local ou paciente errado representou 40,8% do total.<sup>16</sup> Na pesquisa da AAOS, os erros referentes a cirurgias no lado errado representaram 59,1% dos incidentes e 56% no estudo da Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO).

Recentemente foi feita pesquisa que avaliou o banco de dados da National Reporting and Learning Service (NRLS), na Inglaterra, referente a 2008. Os autores concluíram que o Protocolo da Cirurgia Segura da OMS contribui para alinhar a precisão técnica à segurança dos pacientes.<sup>6</sup> Relatos das sociedades americanas de subespecialidades também corroboram tal entendimento. A Sociedade Americana de Cirurgia da Mão relatou 21% de cirurgias em locais errados.<sup>17</sup> Na cirurgia da coluna, tal número se mostra ainda mais alarmante, segundo pesquisa da American Academy of Neurologic Surgeons, com 50% dos informantes informando já ter feito pelo menos uma vez cirurgia em nível errado.<sup>18,19</sup> A pesquisa realizada pela American Academy of Foot and Ankle Surgeons também mostrou uma incidência de 13% de cirurgia em local errado.<sup>20</sup>

Em nossa pesquisa, a categoria de erro mais frequente foi relacionada a material para uso cirúrgico incompleto ou danificado após o início do procedimento, com 127 casos (63,8% do total). A seguir foram relatados: (i) problemas nos equipamentos da sala cirúrgica, com 106 casos ou 53,3% do total, e (ii) falhas de comunicação, com 51 eventos ou 25,6% do total. Nos achados da AAOS, em países desenvolvidos, erros relacionados a equipamentos são a falha mais comum, o que representando 29% do total, seguidos de erros de comunicação com 24,7%.<sup>15</sup> Por outro lado, a categoria de erro mais frequente em nosso meio, material cirúrgico incompleto ou danificado, não é uma situação com representatividade nos Estados Unidos da América (EUA).

Dos ortopedistas da nossa amostra, 63,5% expuseram marcar o local a ser operado antes de encaminhar o paciente ao centro cirúrgico, enquanto 69,5% relataram conferir o material de implante e o funcionamento dos equipamentos da sala antes da anestesia.

Apesar do reconhecimento, por 37,1% dos respondentes, do risco envolvido na realização de cirurgias e do protocolo da OMS como uma barreira de segurança para o paciente, o médico e a instituição, 65,3% dos ortopedistas referiram desconhecer total ou parcialmente esse protocolo e 72,1% mencionaram não ter tido treinamento para seu uso.

## Conclusões

Erros médicos ocorrem e representam risco para a segurança dos pacientes. A pesquisa aplicada demonstrou que, apesar de o Brasil ter aderido, em 2008, à campanha Cirurgia Segura Salva Vidas da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, por meio da confecção e da distribuição, a nível nacional, do manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas, no qual o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS é apresentado como forma de prevenção de erros durante a assistência cirúrgica, ele é

desconhecido por 65,3% dos ortopedistas brasileiros. Mesmo alguns ortopedistas que o conhecem nunca foram treinados para seu uso.

Considerando que a especialidade ortopédica é responsável por grande parte dos eventos adversos cirúrgicos, a maioria evitável por meio do uso do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, faz-se necessário não só o reconhecimento do mesmo como importante ferramenta para melhorar a segurança em ambiente cirúrgico, como também o treinamento das equipes e o incentivo ao uso desse protocolo pelos ortopedistas brasileiros.

## REFERÊNCIAS

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Information Statement 1015. Wrong-Site Surgery. 2003 Out. Disponível em: <http://www.aaos.org/about/papers/advistmt/1015.asp> [acesso em 26 de março de 2013].
2. Wong D, Herndon J, Canale T, An AOA. critical issue. Medical errors in orthopaedics: practical pointers for prevention. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84(11):2097-100.
3. Herndon JH. One more turn of the wrench. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85(10):2036-48.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme, 2008-2009. Disponível em: [www.who.int/patientsafety/en](http://www.who.int/patientsafety/en) [acesso em 16 de abril de 2013].
6. Panesar SS, Noble DJ, Mirza SB, Patel B, Mann B, Emerton M, et al. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics? – Can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system *J Orthop Surg Res.* 2011;6:18.
7. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery, a modelling strategy based on available data. *Lancet.* 2008;372(9633):139-44.
8. Panesar SS, Shaerf DA, Mann BS, Malik AK. Patient safety in orthopaedics: state of the art. *J Bone Joint Surg Br.* 2012;94(12):1595-7.
9. Calland JF, Adams RB, Benjamin Jr DK. Thirty-day postoperative death rate at an academic medical center. *Ann Surg.* 2002;235(5):690-6.
10. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med.* 2005;142(9):756-64.
11. Robinson PM, Muir LT. Surgical errors in England and Wales: how common are they and are orthopaedic surgeons really the worst? *J Bone Joint Surg Br.* 2011;93 Suppl 3:295.
12. No authors listed. NHS: Being open: communicating patient safety incidents with patients, their families, and cares. Disponível em: [www.nfs.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=65077](http://www.nfs.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=65077) [acesso em 21 de março de 2013].
13. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home> [acesso em 15 de fevereiro de 2013].
14. Shah RK, Kentala E, Healy GB, Roberson DW. Classification and consequences of errors in otolaryngology. *Laryngoscope.* 2004;114(8):1322-35.



15. Wong DA, Herndon JH, Canale T, Brooks RL, Hunt TR, Epps HR, et al. Medical errors in orthopaedics. Results of an AAOS member survey. *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91(3):547-57.
16. The Joint Commission. Universal Protocol. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol/> [acesso em 16 de março de 2013].
17. Meinberg EG, Stern PJ. Incidence of wrong-site surgery among hand surgeons. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85(2):193-7.
18. Wong DA. Spinal surgery and patient safety: a systems approach. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006;14(4):226-32.
19. Mody MG, Nourbakhsh A, Stahl DL, Gibbs M, Alfawareh M, Garges KJ. The prevalence of wrong level surgery among spine surgeons. *Spine (Philadelphia, PA 1976).* 2008;33(2):194-8.
20. Schweitzer KM, Brimmo O, May R, Parekh SG. Incidence of wrong-site surgery among foot and ankle surgeons. *Foot Ankle Spec.* 2011;4(1):10-3.