



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

JAMILLE DURAN MATILDE

**ADESÃO AO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA EM UM
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE: ANÁLISE DAS CIRURGIAS
ORTOPÉDICAS**

BOTUCATU

2019

Jamille Duran Matilde

**ADESÃO AO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA EM UM
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE: ANÁLISE DAS CIRURGIAS
ORTOPÉDICAS**

Trabalho de Conclusão de Residência no formato Artigo apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional do Programa de Saúde do Adulto e do Idoso para a obtenção do título de Residente pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu–UNESP

Orientadora: Profa. Dra. Marla Andréia Garcia de Ávila

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Matilde, Jamille Duran.

Adesão ao *checklist* de cirurgia segura em um hospital de pequeno porte : análise das cirurgias ortopédicas / Jamille Duran Matilde. - Botucatu, 2019

Trabalho acadêmico (residência - Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Marla Andréia Garcia de Ávila
Capes: 40401006

1. Enfermagem cirúrgica. 2. Lista de checagem. 3. Segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Lista de checagem; Segurança do Paciente.

Jamille Duran Matilde

**ADESÃO AO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA EM UM
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE: ANÁLISE DAS CIRURGIAS
ORTOPÉDICAS**

Botucatu, ____ de ____ de ____.

Banca Examinadora:

Marla Andréia Garcia de Ávila
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem/FMB.

Suzimar Benato Fusco
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem/FMB.

Léia Regina de Souza Alcântara
Professora Mestre da Universidade Estadual do Norte do Paraná

Dedicatória

“Dedico este trabalho aos meus pais, Jurandir e Eunice,
meus exemplos, por estarem sempre ao meu lado nessa
formação profissional.”

.

Agradecimentos

“No final, tudo vai dar certo!”

Este foi o bordão repetido por mim durante esses dois anos intensos de residência. E se “deu certo” é por causa das pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que o “final” fosse feliz. Deixo aqui registrado os meus sinceros agradecimentos.

A Deus por me conceder essa oportunidade, por proporcionar saúde, sabedoria, persistência e humildade para que nos Seus propósitos eu permanecesse e superasse minhas dificuldades.

Aos meus pais, Eunice e Jurandir, que sempre me apoiaram a continuar, incentivando-me durante a minha formação. Sou grata pelo amor, pelas orações, esforço financeiro, dedicação, confiança e pelos conselhos constantes que fizeram com que eu continuasse e não desistisse de lutar pelos meus sonhos.

À minha querida orientadora, professora Dra. Marla, pois com dedicação e paciência sempre esclareceu minhas dúvidas, despendeu de seu tempo para me guiar na execução deste trabalho. Sou grata também por seu apoio, pela compreensão nos momentos difíceis, pelo seu entusiasmo e pela amizade. A você, meu profundo carinho, respeito e admiração. Desejo que Deus possa te abençoar ainda mais e te utilizar despertando assim como em mim, em outras pessoas, como ser uma brilhante profissional.

A todos os preceptores e pacientes que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, compartilhando seus conhecimentos e experiências. Em especial, aos Enfermeiros Natanael, Rozeni, Solene e Larissa.

Aos amigos, por todos os momentos, vou sentir saudades de estar com vocês.

Às minhas amigas Bruna, Letícia e Jéssica, por me acolherem no momento em que mais precisei, pelo companheirismo durante os desafios, pelas risadas, pelos conselhos e pelas lágrimas de alegria ao sabermos que estávamos vencendo juntas.

E por fim, à Instituição acadêmica e aos funcionários que a compõe, pela estrutura e equipamentos, que me proporcionaram estudar com qualidade e me sentir acolhida estando longe de casa.

Resumo

Objetivo: Analisar a adesão ao *checklist* de cirurgia segura nas cirúrgicas ortopédicas de um hospital secundário. **Método:** Trata-se de um estudo analítico, transversal, retrospectivo realizado no Hospital Estadual Botucatu (HEBO). Foram incluídas todas as cirurgias ortopédicas realizadas em pacientes maiores de 18 anos no centro cirúrgico do HEBO no período de janeiro a dezembro do ano de 2017. Utilizou-se uma amostragem não probabilística do tipo intencional, incluindo as cirurgias ortopédicas. Os dados foram digitados em planilha no *Microsoft Excel®* e posteriormente analisados pelo programa SPSS.v21.0. **Resultados:** No período do estudo identificamos 651 cirurgias ortopédicas em adultos, na qual o preenchimento completo do *checklist* foi encontrado em 157 dos casos, em 285 foram preenchidos de forma parcial e 209 não preenchidos. Não houve associação significativa entre a adesão ao instrumento e os fatores analisados. **Conclusão:** Nas cirurgias ortopédicas realizadas houve prevalência em pacientes do sexo feminino na execução dos procedimentos. A adesão completa ao *checklist* foi de 24% das cirurgias avaliadas, existindo diferenças no preenchimento de acordo com cada etapa. O momento III obteve uma menor adesão e apenas o técnico de enfermagem foi o profissional que executa o instrumento. O preenchimento parcial e o não preenchimento demonstram 76%, na qual salienta a necessidade da educação permanente para a equipe na compreensão da importância do *checklist*, podendo favorecer a segurança cirúrgica e qualidade da assistência.

Descritores: Lista de checagem, Segurança do Paciente, Enfermagem Perioperatória.

Keywords: Checklist. Patient Safety. Perioperative Nursing

Palabras clave: Lista de Verificación. Seguridad Del Paciente. Enfermería Perioperatoria.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
OBJETIVO	10
MÉTODO	10
Tipo de Estudo	10
Local do Estudo	11
Critério de Inclusão	11
Coleta de Dados	11
Cálculo Amostral e Análise Estatística	12
Aspectos Éticos	13
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	18

INTRODUÇÃO

Com o crescimento dos procedimentos cirúrgicos^{1,2}, aumenta a preocupação com a segurança do paciente. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde. O 1º Desafio Mundial foi denominado “Higienização das Mãos no Cuidado à Saúde”. Já o 2º Desafio implantado em 2007 e 2008, foi intitulado de “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, dando uma atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, objetivando a prevenção das infecções de sítio cirúrgico, a realização de anestesia e cirurgias seguras e a mensuração da assistência cirúrgica.³

Por meio deste segundo desafio, junto a diversos profissionais da saúde de diversos países, a OMS desenvolveu a Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica (LVSC), também denominada de *checklist* de cirurgia segura, que preconiza a prevenção de infecção do sítio cirúrgico, melhoria do trabalho em equipe e comunicação, segurança em anestesia, mensuração do cuidado por meio de indicadores de processos e resultados da assistência cirúrgica, convertidos em 19 itens a serem operacionalizados e divididos em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operação.^{3,4,5}

A partir da divulgação do *checklist* de cirurgia segura, criaram-se iniciativas para que a implementação pudesse ocorrer nos serviços de saúde espalhados pelo mundo, pois os pacientes seriam beneficiados na diminuição de mortalidade e complicações cirúrgicas, otimização do trabalho, melhoria da qualidade e redução de custos, porém a existência de barreiras impostas no processo de implementação e adesão, comprometeriam sua efetividade na prática clínica.⁴

Um estudo Italiano com 5444 pacientes submetidos à cirurgia, identificou que após a implementação do *checklist* de cirurgia segura da OMS de forma adaptada, a mortalidade pós-operatória detectada em 90 dias, foi reduzida em 27%.⁶ Na revisão retrospectiva realizada por meio de 21.306 dados de procedimentos cirúrgicos em um centro de atendimento terciário na Austrália, também mostrou redução na taxa de mortalidade pós-operatória e no tempo de internação, sendo 1,2% para 0,9% e 5,2 dias para 4,7, respectivamente.⁷

Revisão sistemática da literatura com 25 estudos examinou que as taxas de mortalidade pós-operatória associadas ao uso do *checklist* não foram significativamente reduzidas em nações desenvolvidas, mas sim em 75% dos estudos realizados em nações em desenvolvimento.⁷

Um estudo realizado em hospitais no Rio Grande do Norte mostrou que das 375 cirurgias revisadas, 61% tinham *checklist*, e apenas 4% estavam totalmente preenchidos, sendo associadas à cirurgia de maior duração e a algumas especialidades, como obstetrícia e urologia.⁸

Uma pesquisa buscou analisar o grau de conhecimento do *checklist* por 502 ortopedistas e apontou que 40,8% vivenciaram a experiência de cirurgia em paciente ou região anatômica errada, 25,6% identificaram que as “falhas de comunicação” foram as responsáveis pelo erro, 36,5% relataram não marcar o local da cirurgia, 72,1% disseram nunca terem sido treinados para o uso de algum protocolo e 65,3% desconheciam total ou parcialmente o *checklist* apesar dos esforços da OMS para a sua divulgação.⁹

Estudo realizado em Brasília com 472 participantes (médicos e enfermeiros) em três diferentes hospitais apontou que 85% acreditam que a ferramenta melhora a comunicação interpessoal e 90% dos participantes concordam que o *checklist* ajuda a evitar erros na sala de operação, além de considerarem o protocolo de segurança cirúrgica uma ferramenta de fácil utilização.¹⁰

Considerando os benefícios do *checklist* na segurança dos pacientes cirúrgicos e que ainda existem desafios impostos a sua adesão, justifica-se a realização desse estudo.

OBJETIVO

Analisar a adesão ao *checklist* de cirurgia segura nas cirúrgicas ortopédicas de um hospital secundário.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico, transversal, retrospectivo realizado no Hospital Estadual de Botucatu (HEBO).

Local do Estudo

O Hospital Estadual de Botucatu foi inaugurado em abril de 2014 e faz parte do Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Caracteriza-se como hospital de pequeno porte, que tem por objetivo realizar cirurgias eletivas de pequena e média complexidade, referendadas pelo próprio Instituto Central, e também dos municípios que compõem o Colegiado de Gestão Regional Pólo Cuesta. O Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Estadual Botucatu foi oficializado em 15/06/2015, por meio da portaria 129 de 12/06/2015, publicada no Diário Oficial da União.¹¹

Sabe-se que neste hospital, desde a inauguração, tem sido uma preocupação constante da Diretoria (médica e de enfermagem) garantir ações que melhorem as condições de segurança dos pacientes incluindo a utilização do *checklist* de segurança cirúrgica. O *checklist* é disponibilizado no prontuário eletrônico do paciente e preenchido pelo técnico de enfermagem responsável pela cirurgia.

O Hospital Estadual possui 4 salas cirúrgicas. Atualmente, são realizadas cirurgias das seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Urologia, Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cirurgia Torácica, Nefrologia, Dermatologia e Cirurgia Plástica. Realizando em média 200 cirurgias de pequeno porte por mês.

Critérios de Inclusão

Foram incluídas todas as cirurgias ortopédicas realizadas em pacientes maiores de 18 anos no centro cirúrgico do HEBO no período de janeiro a dezembro do ano de 2017.

Coleta de Dados

Os dados das cirurgias foram verificados entre abril e junho de 2018 no prontuário eletrônico por meio de um instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras para o estudo.

As variáveis dependentes, ou indicadores da adesão ao *checklist*, consistem em: existência de *checklist* no prontuário (sim ou não); preenchimento do *checklist* (completo, parcial ou não preenchido); preenchimento de cada momento: antes da indução anestésica (momento I – itens 1 ao 7), antes da incisão cirúrgica (momento II – itens 8 ao 14) e antes da saída da sala de operações (momento III – itens 15 ao 19); preenchimento de cada um dos itens e percentual de itens preenchidos.

Momento I (Identificação ou *sign in*) corresponde ao período anterior à indução anestésica: (1) identificação de dados e consentimento do paciente; (2) sítio cirúrgico demarcado; (3) verificação de segurança anestésica; (4) oxímetro de pulso; (5) alergias; (6) via aérea difícil; (7) risco de perda sanguínea.

Momento II (Confirmação ou *timeout*) referente ao período após a indução anestésica e antes da incisão cirúrgica: (8) apresentação dos membros da equipe; (9) confirmação de dados do paciente pela equipe; (10) duração prevista; (11) revisão do anestesologista; (12) revisão da equipe de enfermagem; (13) profilaxia antimicrobiana; (14) exames de imagens disponíveis.

Momento III (Registro ou *sign out*) equivalente ao período durante ou imediatamente após o fechamento da ferida e antes do paciente sair da sala de operação: (15) confirmação do registro e contagem de instrumentos; (16) contagem de compressas; (17) identificação de amostras; (18) problemas com equipamentos; (19) revisão das preocupações para a recuperação.

Ressalta-se que o *checklist* de cirurgia segura está inserido no prontuário eletrônico dos pacientes e não houve modificações em comparação ao instrumento proposto pela OMS.

As variáveis independentes avaliadas, potencialmente associadas à adesão, são: dados de identificação contendo a idade do paciente (anos) e sexo (feminino ou masculino); dados cirúrgicos incluindo mês (janeiro a dezembro); turno (manhã ou tarde); cirurgia finalizada; duração da cirurgia (minutos); tipo de anestesia (geral, regional, sedação e/ou local) e profissional responsável pelo *checklist*.

Cálculo Amostral e Análise Estatística

Utilizou-se uma amostragem não probabilística do tipo intencional, incluindo as cirurgias ortopédicas realizadas em adultos no ano de 2017.

Os dados foram digitados em planilha no Microsoft Excel® e posteriormente analisados pelo programa SPSS.v21.0. Foi realizada uma estatística descritiva com frequência, média e mediana para caracterizar as cirurgias.

Aspectos Éticos

O Projeto foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” pelo parecer 1.950.202. Número do CAAE 64119917.6.0000.541. Dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por tratar-se da utilização de dados secundários retrospectivos.

RESULTADOS

No período do estudo identificamos 651 cirurgias ortopédicas em adultos, na qual o preenchimento completo do *checklist* foi encontrado em 157 dos casos (24%), em 285 (44%) foram preenchidos de forma parcial e 209 (32%) não preenchidos.

De acordo com os dados retratados na Tabela 2, 60,64% dos pacientes são sexo feminino, com mediana de idade de 58 anos, o mês com maior número de procedimentos realizados foi fevereiro (20,4%), com predomínio no período da tarde (53,5%). A anestesia apresentou um n=739, pois em alguns casos realiza-se mais de um tipo em um mesmo paciente, assim diante delas a mais utilizada foi a local (45,9%). Em 100% dos instrumentos avaliados o profissional responsável foi o técnico de enfermagem.

Tabela 1. Distribuição das cirurgias segundo o sexo, idade dos pacientes, turno, anestesia e duração. Botucatu, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	379	50,9
Masculino	296	49,1
Idade (anos)*	58 (18 – 99)	
Mês		
Janeiro	1	0,15
Fevereiro	133	20,4
Março	53	8
Abril	50	7,7
Maio	76	11,7
Junho	57	8,
Julho	64	10
Agosto	89	13,7
Setembro	72	11,05
Outubro	51	7,8
Novembro	05	0,7
Dezembro	00	0
Turno		
Manhã	283	43,5
Tarde	368	56,5
Anestesia		
Geral	161	24,7
Sedação	187	28,7
Regional	100	15,3
Local	256	39,3
Tempo da cirurgia (minutos)*	55 (0-240)	

*mediana (mínimo- máximo)

Considerando os 19 itens do *checklist* o que apresentou menor adesão no preenchimento foi do momento III “Contagem de compressas” com 94,2% e “Revisão das preocupações para a recuperação”, com 85,8% de inadequação, podendo ser verificados na tabela abaixo (Tabela 2).

Tabela 2. Inadequação de acordo com cada momento e item do *checklist*. Botucatu, Brasil, 2019.

Item	n	%
Momento I – Identificação		
Identificação de dados e consentimento do paciente	214	32,9
Sítio cirúrgico demarcado	219	33,6
Verificação de segurança anestésica	217	33,4
Oxímetro de pulso	217	34,5
Alergias	225	29,5
Via aérea difícil	194	29,8
Risco de perda sanguínea	233	35,8
Momento II – Confirmação		
Apresentação dos membros da equipe	216	33,2
Confirmação de dados do paciente pela equipe	216	33,2
Duração prevista	219	33,6
Revisão do anestesiolegistas	218	33,5
Revisão da equipe de enfermagem	247	38
Profilaxia antimicrobiana	341	52,4
Exames de imagens disponíveis	384	59
Momento III – Registro		
Confirmação do registro e contagem de instrumentos	222	34,1
Contagem de compressas	613	94,2
Identificação de amostras	535	82,2
Problemas com equipamentos	190	29,2
Revisão das preocupações para a recuperação	558	85,8

DISCUSSÃO

Após a implantação da LVSC na instituição, por meio do prontuário eletrônico, este estudo pode refletir informações sobre o processo de adesão do instrumento idealizado pela Organização Mundial da Saúde, assunto este, pouco explorado na literatura científica, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Com a amostra composta de 651 prontuários verificados, na qual 442 puderam ser analisados, o preenchimento completo do instrumento ocorreu em 24% das cirurgias avaliadas, dificuldade também demonstrada em estudos realizados em dois hospitais de ensino do Brasil¹³ que demonstrou adesão de apenas 3,5% das 375 cirurgias ginecológicas e urológicas, e na Espanha¹² 27,8% dos 90 procedimentos avaliados em nove hospitais públicos. Desse modo, um estudo

realizado no Hospital Universitário de Londrina com 313 leitos, também detectou 2,5% dos instrumentos preenchidos adequadamente.¹²

Esse déficit na adesão com apenas 24% instrumentos completos e 76% não preenchidos ou preenchidos parcialmente, explicita a necessidade de ações educativas nas unidades cirúrgicas com os profissionais envolvidos, para demonstrar a real função do instrumento, incentivando e exibindo os resultados positivos após a introdução de um protocolo.

A função da lista de verificação de cirurgia segura é a melhoria da assistência cirúrgica e proporciona uma segurança nos procedimentos anestésico-cirúrgicos, por meio de um modelo seguro aplicado em todo o mundo.³ O *checklist* possibilita padronização dos procedimentos, a relação interpessoal, com troca de conhecimentos e ansiedades, certifica os aspectos necessários para que os procedimentos sejam minimizados de erros na assistência e de eventos adversos inesperados.^{13,14,15} Por isso, as práticas se tornam mais eficazes, com uma melhora na comunicação e intervenções cirúrgicas desnecessárias, prevenidas.^{13,14}

O primeiro passo é implantar o instrumento de verificação para todos os pacientes submetidos a algum procedimento cirúrgico. A presença do *checklist* no prontuário eletrônico representou 68%, porcentagem expressiva que também foi relatada em estudo internacional¹² e nacional.⁶ Inserir o instrumento nas instituições foi considerado de baixo custo econômico devido à propagação nos prontuários e a execução por um profissional, porém ainda há desafios na instalação.^{14,8} Neste estudo em duzentos e nove prontuários não foi encontrado o instrumento, o que expõe uma alta porcentagem, 32%, revalidando a necessidade da implantação em todos os pacientes e por isso tornando a lista de verificação uma prática cotidiana.

O único profissional responsável pelo preenchimento do *checklist* foi o técnico de enfermagem, como já demonstrado em pesquisa.⁷ Sendo assim, o enfermeiro deve realizar atividades de educação permanente para ensinar e encorajar a participação de todos na compreensão da aplicação adequada do instrumento. Além disso, é de suma importância a comunicação entre os membros da equipe, sendo que pode haver conflitos gerados caso haja interrupção em uma das etapas do preenchimento.¹⁴

Considerando os três momentos o com maior adesão neste estudo foi o momento I referente à identificação, com 93,08% do preenchimento completo, corroborando com pesquisa no Hospital Universitário de Londrina.¹² Em seguida, a

confirmação, relacionada ao segundo momento teve como resultado 82,48%, sendo que na pesquisa realizada por Elias et al, em 2015, encontrou 48%.¹² O terceiro momento foi o qual obteve menor adesão, o registro, com apenas 25,68% indo de encontro com 43,1% do estudo espanhol¹⁶ e com pesquisa⁷ em Belo Horizonte que mostrou adesão inferior a 50% em todos os itens desse momento. Houve controversa com estudo⁸ nacional que mostrou que o momento I teve o menor preenchimento.

Estudo¹⁶ aponta como causa da menor adesão no último momento o cansaço dos profissionais e até a falta da presença do cirurgião responsável. Esse momento, um dos mais importantes aborda: a confirmação do registro e contagem dos instrumentos, contagem das compressas, identificação de amostras, caso ocorra, problemas com equipamentos e principalmente, a revisão das preocupações para a recuperação do paciente, sendo que nessa fase pode ocorrer a retenção de objetos em grande proporção.^{3,18} Em pesquisa¹⁸ realizada com 2.872 médicos foi relatado 4.547 casos de retenção inadvertida de objetos em procedimento cirúrgicos, sendo 68% compressas, 22% gazes e 5% instrumentais cirúrgicos.

A análise dos momentos comparadas com outras pesquisas^{5,9,17} foi dificultada pelas modificações que algumas instituições fizeram na lista de verificação, desse modo, quatro etapas do instrumento eram diferentes do nosso.

Dos 19 itens avaliados o nomeado “Contagem de compressas” e “Revisão das preocupações para a recuperação” foram os itens com menor adesão. Esse dado demonstra a atenção maior no momento da identificação e confirmação do procedimento gerando uma fragmentação na assistência da recuperação anestésica e no pós-operatório. Em contra partida, estudos apontam que o sítio cirúrgico demarcado⁶ e contagem de gazes⁹ foram os que obtiveram menor adesão.

Pesquisadores consideram que a falta de participação da equipe no ato do *checklist* se dá pela cultura trabalhista e que esta atitude permanece nos dias atuais aliada a falta de relevância ao instrumento.^{19,20} Estudo⁷ avaliando 30 procedimentos destacou que em todos os *checklists* não houve atuação da equipe multiprofissional e outro trabalho⁵ afirmou que grande parte das verificações não ocorreram por meio de comunicação verbal.

Considera-se um fator primordial para a adesão ao *checklist* é a cultura de segurança do paciente implementada no serviço, com protocolos institucionais e ações de educação em saúde. Outro estudo²⁴ mostrou o aumento de 7,9% para

96,9% no preenchimento completo do *checklist* após treinamentos com toda a equipe cirúrgica, na qual obteve resultados positivos para a assistência.

Uma pesquisa²⁰ reproduz uma estratégia interessante para o treinamento na unidade cirúrgica. De início, observa-se a realidade e reconhece as dificuldades do ambiente de trabalho, logo após, são elaboradas algumas intervenções com base nos problemas levantados e em seguida, colocam em prática as mudanças decididas.

A literatura destaca que alguns aspectos institucionais podem influenciar o uso do *checklist*, como a gestão dos serviços de saúde, planejamento, processo educativo, auditoria, *feedback* aos envolvidos, situações especiais do processo de trabalho, além da subjetividade dos profissionais de saúde. Por isso, ao reconhecer tais elementos, há uma contribuição para o planejamento adequado e a criação de mecanismos que garantam o sucesso da implantação com vistas à segurança e qualidade da assistência cirúrgica.²²

O presente estudo apresenta como limitações a utilização de dados secundários. No entanto, ao avaliar a adesão ao *checklist* é *a priori* para analisar o impacto na qualidade da assistência prestada e nesse sentido outros estudos devem ser realizados.

CONCLUSÃO

Nas cirurgias ortopédicas realizadas houve prevalência em pacientes do sexo feminino na execução dos procedimentos. Encontrou-se um expressivo número de instrumentos não preenchidos no prontuário eletrônico dos pacientes, sendo o momento III o de menor adesão.

Salientamos a necessidade da educação permanente para a equipe na compreensão da importância do *checklist*, dos seus benefícios e das ações que possibilitam uma assistência não fragmentada e adequada ao paciente, tanto no pré-operatório, na recuperação anestésica e no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Weiser, TG, Haynes, AB, Molina, G, Lipsitz, SR, Esquivel, MM, Uribe-Leitz, T, et al. Size and distribution of the global volume of surgery. 2012: 1564-0604.

2. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. Geneva: WHO. 2009.
3. Organização Pan-Americana da S, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à S, Agência Nacional de Vigilância S. Aliança mundial para a segurança do paciente: segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. 2009.
4. Tostes MFP, Galvão CM. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2019; 40(spe).
5. Maziero ECS, Silva AEBC, Mantovani MF, Cruz EDA. Adesão ao uso de um *checklist* cirúrgico para segurança do paciente Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(4):14-20.
6. Bock M, Fanolla A, Segur-Cabanac I, et al. A Comparative Effectiveness Analysis of the Implementation of Surgical Safety Checklists in a Tertiary Care Hospital. JAMA Surg. 2016; 151(7):639–646.
7. De Jager E, McKenna C, Bartlett L, Gunnarsson R, Ho YH. Postoperative adverse events inconsistently improved by the World Health Organization Surgical Safety Checklist: a systematic literature review of 25 studies. World J Surg. 2016; 40(8):1842-58.
8. Freitas MRd, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FvdC, Monte LdC, Gama ZAdS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2014; 30:137-48.
9. Motta Filho GDR, Silva LDFND, Ferracini AM, Bahr GL. The WHO Surgical Safety Checklist: knowledge and use by Brazilian orthopedists. Rev bras ortop. 2013; 48(6):554-62.
10. Santana HT, Rodrigues MC, do Socorro Nantua Evangelista M. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. BMC Res Notes. 2016; 9:276.
11. Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Hospital Estadual de Botucatu. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/heh-hospital-estadual-botucatu/>>.
12. Elias ACGP et al. Avaliação da Adesão ao *Checklist* de Cirurgia Segura em Hospital Universitário Público. 2015.

13. Mafra CR, Rodrigues MCS. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. Rev Fund Care Online. 2018; 10(1):268-275.
14. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. *Checklist* de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):71-78.
15. De Fátima Garcia, T, Oliveira, AC. Índice Autorreferido pela Equipe de Cirurgia Ortopédica sobre o Protocolo e Checklist de Cirurgia Segura. Cogitare Enfermagem. 2018; 23(1).
16. Soria-Aledo V, Silva ZA, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrilo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. Cir Esp. 2012; 90:180-5.
17. Giannattasio MB, Taniguchi FP. Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. Rev SOBECC. 2016; 21(3): 125-131.
18. Birolini DV, Rasslan S, Utiyama EM. Retenção inadvertida de corpos estranhos após intervenções cirúrgicas. Análise de 4547 casos. Rev Col Bras Cir. 2016; 43(1):2-17.
19. Gomes CDPP, Santos AA, Machado ME, Treviso P. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do *checklist* cirúrgico. Rev SOBECC. 2016; 21(3): 140-145.
20. Santos KCB, Feitosa AHC, Ribeiro GSC, Cavalcante TB. Metodologia da problematização com Arco de Maguerez no centro cirúrgico oftalmológico de um hospital universitário. Reon Facema. 2018; 4(1):884-888.
21. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, et al. Use of WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. 2011; 35:897-901
22. Tostes MFP, Haracemiw A, Mai LD. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional. Esc Anna Nery. 2016; 20(1):203-2.