

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Cristina Rocha Amaral

Aplicação do *checklist* de cirurgia segura em voz alta: análise crítica da prática

Juiz de Fora
2025

Cristina Rocha Amaral

Aplicação do *checklist* de cirurgia segura em voz alta: análise crítica da prática

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito obrigatório à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Ribeiro

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Amaral, Cristina Rocha.

Aplicação do checklist de cirurgia segura em voz alta: análise crítica da prática / Cristina Rocha Amaral. -- 2025.
50 f.

Orientador: Luciane Ribeiro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

1. Lista de Checagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Centros Cirúrgicos. 5. Enfermagem. I. Ribeiro, Luciane, orient. II. Título.

Cristina Rocha Amaral

Aplicação do checklist de cirurgia segura em voz alta: análise crítica da prática

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 24 de outubro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Luciane Ribeiro - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a. Hérica Silva Dutra

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a Juliana Balbinot dos Reis Girondi

Universidade Federal de Santa Catarina

Juiz de Fora, 21/10/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Luciane Ribeiro, Professor(a)**, em 24/10/2025, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Herica Silva Dutra, Professor(a)**, em 04/11/2025, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Balbinot Reis Girondi, Usuário Externo**, em 14/11/2025, às 23:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2695938** e o código CRC **64904139**.

Dedico este trabalho aos pacientes cirúrgicos, protagonistas silenciosos que motivam a produção de conhecimento e reforçam a responsabilidade ética da Enfermagem em promover segurança, qualidade e dignidade no cuidado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, serenidade e luz que me sustentaram em cada etapa desta caminhada, renovando meu ânimo diante dos desafios e guiando-me na construção deste projeto.

À minha orientadora, pela dedicação, paciência e firmeza com que me conduziu no caminho da pesquisa, transmitindo não apenas conhecimento científico, mas também inspiração e confiança para seguir adiante.

Às professoras da banca examinadora, pela generosidade em dedicar tempo, conhecimento e contribuições valiosas para o aprimoramento desta dissertação.

À minha gerente e aos colegas de profissão, pelo incentivo e apoio que fortaleceram minha trajetória. Aos profissionais e colaboradores da instituição onde realizei a coleta de dados, pela disponibilidade, respeito, acolhimento e empatia, fundamentais para a concretização deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão, contribuição e companheirismo diante da intensidade deste processo.

À minha filha, razão maior da minha perseverança; aos meus pais e irmãos, pela base sólida de amor e apoio; e ao meu companheiro, pela paciência, cuidado e presença generosa em todos os momentos. Esta conquista é também de vocês, que compartilharam cada sacrifício e cada vitória, cuidando de mim com tanto carinho ao longo destes dois anos.

Por fim, à comunidade acadêmica, aos pacientes e à sociedade, que são a razão última desta pesquisa. Que este trabalho possa contribuir para melhorias na assistência e para o fortalecimento da segurança do paciente no ambiente cirúrgico.

RESUMO

O tratamento cirúrgico é uma modalidade terapêutica essencial para a assistência à saúde, incorporando avanços tecnológicos que proporcionam a cura para muitas doenças, além da redução de incapacidades e do risco de mortes. No contexto da segurança do paciente, o *checklist* (CL) de cirurgia segura foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma ferramenta com potencial para aumentar a segurança na assistência cirúrgica. No processo de implementação e aplicação do CL em conformidade com as recomendações da OMS que inclui a checagem em voz alta, diversos desafios operacionais e de comunicação podem comprometer a eficácia do seu impacto na redução de eventos adversos em pacientes cirúrgicos. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar a conformidade na aplicação do *checklist* segundo as recomendações da OMS na prática das salas operatórias, em especial, à checagem verbal dos itens de segurança. Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa foi conduzida dentro do centro cirúrgico de um hospital público de ensino de referência, situado na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais, Brasil. A população do estudo incluiu procedimentos cirúrgicos de diversas especialidades, realizados entre os meses de abril a agosto de 2025. Para o cálculo da amostra, considerou-se a média mensal de cirurgias realizadas e o percentual de adesão ao CL identificado em pesquisas nacionais, com amostragem por conveniência. Foram incluídos 193 procedimentos cirúrgicos para observação direta da aplicação do *checklist* em tempo real, com posterior verificação do registro da checagem no prontuário dos pacientes. Os dados foram analisados utilizando o *software Stata v.15*. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva por meio de frequências brutas e percentuais. O teste Qui-quadrado de McNemar foi adotado para comparar as proporções entre os conjuntos de dados de confirmação verbal e via registro, adotando nível de significância de 5%. Considerou-se como conforme, quando o item de segurança foi checado verbalmente e registrado corretamente no CL do prontuário do paciente. Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre a proporção de confirmação verbal e via registro em todos os itens de checagem, nos três momentos cirúrgicos avaliados. Em relação ao percentual de conformidade, observou-se baixa conformidade global, com destaque para a redução progressiva da adesão ao longo dos três momentos cirúrgicos. O percentual de confirmação verbal

foi consideravelmente inferior ao registro documental, sinalizando que o CL tem sido aplicado mais como um instrumento burocrático, e não como uma ferramenta ativa de comunicação e mitigação dos riscos. Concluiu-se que, embora o *checklist* esteja formalmente implantado na rotina institucional e a confirmação por registro tenha alta frequência, a checagem verbal ainda ocorre de forma incipiente, não se adequando às recomendações da OMS para o uso efetivo da ferramenta. Os achados apontam para a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança, em especial, com estratégias para melhorar adesão à checagem verbal como prática de segurança do paciente no ambiente cirúrgico.

Palavras-chave: Lista de Checagem. Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Centros Cirúrgicos. Enfermagem.

ABSTRACT

Surgical treatment is an essential therapeutic modality in healthcare, incorporating technological advances that provide cures for many diseases while reducing disabilities and mortality risks. In the context of patient safety, the Safe Surgery Checklist (SSC) was developed by the World Health Organization (WHO) as a tool with the potential to enhance safety in surgical care. However, during the implementation and use of the SSC in accordance with WHO recommendations which include verbal confirmation, various operational and communication challenges may compromise its effectiveness in reducing adverse events among surgical patients. This study aimed to analyze the compliance with WHO recommendations regarding the application of the surgical checklist in operating rooms, with particular attention to the verbal confirmation of safety items. This was a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach, conducted in the surgical center of a public teaching hospital located in the Zona da Mata region of Minas Gerais, Brazil. The study population included surgical procedures from various specialties performed between April and August 2025. The sample size was determined based on the hospital's average monthly number of surgeries and national adherence rates to the SSC, using convenience sampling. A total of 193 surgical procedures were directly observed in real time for checklist application, followed by verification of documentation in the patients' medical records. Data were analyzed using Stata v.15 software. Descriptive statistics were presented as absolute and relative frequencies, and the McNemar's chi-square test was used to compare proportions between verbal confirmation and recorded documentation, adopting a 5% significance level. SSC items were considered compliant when both verbal confirmation and proper documentation were observed. The results revealed statistically significant differences ($p < 0.05$) between verbal confirmation and recorded documentation across all checklist items and in all three surgical phases. Overall, a low level of compliance was observed, with a progressive decline in adherence throughout the surgical process. Verbal confirmation rates were notably lower than documented records, indicating that the checklist has often been used as a bureaucratic formality rather than as an active communication and risk mitigation tool. In conclusion, although the surgical checklist has been formally implemented in institutional routines and documentation is frequently completed, verbal confirmation remains limited, falling short of WHO recommendations for

effective use of the tool. These findings highlight the need to strengthen the patient safety culture, particularly through strategies to improve adherence to verbal confirmation as a key safety practice in the surgical environment.

Keywords: Checklist. Patient Safety. Quality of Health Care. Surgicenters. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das cirurgias.	26
Tabela 2 – Comparação entre confirmação verbal e registro antes da indução anestésica	27
Tabela 3 – Comparação entre confirmação verbal e registro antes da incisão cirúrgica	28
Tabela 4 – Comparação entre confirmação verbal e registro antes do paciente sair da sala cirúrgica	29
Tabela 5 – Distribuição da confirmação verbal e do registro de realização do procedimento antes do paciente sair da sala cirúrgica, por especialidade	30
Tabela 6 – Distribuição do percentual de conformidade por item analisado	31
Tabela 7 – Distribuição do percentual de conformidade por momento cirúrgico	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CL	<i>Checklist</i>
CME	Central de Material e Esterilização
EA	Eventos Adversos
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA	17
2.2	O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO CIRÚRGICO.....	20
3	OBJETIVOS	23
3.1	OBJETIVO GERAL	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4	MATERIAL E MÉTODOS	24
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSSÃO.....	33
7	CONCLUSÃO.....	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	47
	ANEXO A - CHECKLIST PADRÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE	49
	ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	50

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente, tema atual e relevante, remonta à Antiguidade, quando Hipócrates (460 a 370 a.C.) formulou o princípio “*Primum non nocere*”, reconhecendo que o ato de cuidar poderia acarretar riscos ao paciente. Ao longo do tempo, diversas figuras históricas contribuíram para o avanço da qualidade na saúde e, conseqüentemente da segurança, entre elas Florence Nightingale e Avedis Donabedian (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Atualmente, a segurança do paciente é definida como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área de saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de danos evitáveis, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer (WHO, 2021).

No final do século XX, Avedis Donabedian identificou sete atributos fundamentais para definir a qualidade dos cuidados em saúde, entre os quais se destaca a segurança do paciente. Já no início do século XXI, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) reafirmou a relevância desse atributo, juntamente com outros como efetividade, centralidade no paciente, oportunidade do cuidado, eficiência e equidade. Tais atributos são considerados essenciais para que os serviços de saúde aumentem a probabilidade de alcançar os resultados desejados (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

A partir da publicação do relatório “Errar é humano”, pelo IOM, a segurança do paciente passou a receber maior destaque em âmbito global, despertando a atenção de instituições de saúde, profissionais, gestores, pesquisadores e dos próprios pacientes. O documento apresentou dados alarmantes provenientes de estudos com análise retrospectiva de prontuários, revelando uma alta incidência de danos associados à prestação de cuidados em saúde (IOM, 2000).

A ocorrência de danos (eventos adversos) em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos representa uma séria preocupação, devido ao seu impacto sobre a mortalidade, morbidade e aumento dos custos hospitalares. Pesquisas apontam que aproximadamente 50% dos eventos adversos (EA) em hospitais estão associados a intervenções cirúrgicas, sendo que muitos deles poderiam ser evitados (WHO, 2009). Esses eventos englobam infecções no sítio cirúrgico, erros na administração de medicamentos, complicações anestésicas, falhas na identificação

do paciente e na identificação do sítio cirúrgico (HAYNES et al., 2009).

A ocorrência de EA pode prolongar a hospitalização e afetar de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes, não apenas clinicamente, mas também nos aspectos emocional, social e econômico. Dessa forma, a gravidade desses incidentes reforça a necessidade de estratégias preventivas eficazes para mitigar riscos e fortalecer a segurança do paciente no contexto cirúrgico (HARRISON; WALTON, 2018).

Nos Estados Unidos, estima-se que um em cada dez pacientes hospitalizados sofram algum tipo de EA (WHO, 2009). No Brasil, um relatório divulgado no ano de 2018 pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar, apontou que a prevalência de EAs no país foi de 6,4% no Sistema Único de Saúde (SUS) e de 7,1% na saúde suplementar, com taxas de mortalidade associadas de 22% e 12%, respectivamente. O estudo também revelou que entre os pacientes que sofreram eventos adversos graves, a taxa de óbitos superou 20% (COUTO et al., 2018).

No ano de 2004, como resposta à elevada frequência e gravidade dos danos relacionados ao cuidado em saúde, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa iniciativa constitui-se como uma estratégia global para melhorar a segurança do paciente, contemplando medidas apresentadas no formato de desafios globais para a segurança do paciente (WHO, 2009).

Lançado no ano de 2008, o segundo Desafio Global, intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, desenvolveu e recomendou a utilização de uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist* de cirurgia segura). Esse instrumento contempla três etapas de checagem que devem ser realizadas no período perioperatório, a saber: identificação, confirmação e registro. Em resumo, o *checklist* (CL) apresenta itens que contemplam a confirmação da identificação do paciente e do procedimento cirúrgico em si, a confirmação da cirurgia com a equipe em sala antes da indução anestésica/incisão cirúrgica e a conferência de todos os passos antes da retirada do paciente da sala de cirurgia (WHO, 2009; WHO, 2013).

O uso do CL favorece a ordenação e padronização dos procedimentos, compartilhamento de informações entre a equipe, com troca de conhecimentos e ansiedades, preparo para possíveis eventos indesejáveis e diminuição do desconforto oriundo de situações inesperadas (RINALDI et al., 2019). Desse modo, a ferramenta contribui para o desenvolvimento de práticas eficazes, melhora na qualidade da comunicação e redução da ocorrência de complicações nas intervenções cirúrgicas,

elevando a segurança do paciente (MAFRA; RODRIGUES, 2018).

A Enfermagem tem papel essencial no movimento para promover a segurança do paciente, especialmente no cuidado cirúrgico. Além disso, desempenha papel fundamental na adesão e aplicabilidade do CL, nas diversas etapas de sua execução (RABÊLO et al., 2022). Tendo em vista sua corresponsabilidade na aplicação do CL, o uso desse instrumento possibilita aumentar a efetividade dos cuidados de Enfermagem, tendo como resultado esperado mais segurança para o paciente, com menos chances de erros assistenciais (RIBEIRO et al., 2017).

O estudo de Gama, Backman e Oliveira (2022) evidenciou que a implementação do CL é viável e promissora, podendo implicar na redução de complicações e mortalidade. Para tanto, é necessário que a aplicação da ferramenta atenda às recomendações da OMS, em especial, a realização da checagem verbal de cada item de segurança em voz alta com a participação de todos os membros da equipe cirúrgica (SILVA et al., 2017). A checagem dos itens de segurança em voz alta é fundamental para garantir a atenção de toda a equipe para cada item, aumentando a possibilidade de detecção de situações de risco, erros e inconsistências (WHO, 2009).

Uma das principais lacunas na aplicabilidade do CL é a adesão efetiva por parte das equipes cirúrgicas, considerando as recomendações da OMS para o uso da ferramenta. Em muitos hospitais, o CL é preenchido de forma incompleta ou inconsistente, sem o engajamento real dos profissionais e, até mesmo, assinado pelo profissional envolvido sem a devida conferência das etapas. A literatura identifica fatores relacionados à falta de adesão efetiva ao CL, como a cultura de resistência, sobrecarga de trabalho e falta de treinamento e conhecimento a respeito do tema, fatores culturais e organizacionais, hierarquias dentro do centro cirúrgico e ambientes com recursos limitados (HAYNES et al., 2009; SILVA et al., 2017; BARROS et al., 2023).

Dessa forma, enfatiza-se a importância da orientação e sensibilização da equipe por meio da promoção de reflexões e debates quanto ao uso adequado do CL. Contudo, é preciso desenvolver a cultura organizacional no sentido de promover a segurança ao paciente investindo em educação permanente, ampliação do conhecimento sobre a importância do CL, promoção do trabalho em equipe e divisão de responsabilidades (PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2015).

Este estudo buscou analisar a conformidade na aplicação do CL em um hospital

público de ensino de referência, localizado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais. A instituição presta assistência hospitalar desde cirurgias ambulatoriais a procedimentos de alta complexidade, atendendo em média 2 milhões de pessoas anualmente.

Os resultados do presente estudo contribuem para a elucidação da realidade da aplicação do CL nas salas operatórias em tempo real. A pesquisa permitiu ainda identificar fragilidades que podem subsidiar a implementação de estratégias para melhorar a adequação da aplicação da ferramenta conforme recomendações da OMS. Entende-se que somente com a aplicação adequada da ferramenta é possível garantir que os impactos esperados na melhoria da segurança do paciente cirúrgico sejam efetivamente alcançados.

Durante a minha longa trajetória profissional em um ambiente cirúrgico, a vivência e experiência acumuladas em quase 20 anos de atuação, me possibilitou observar que a aplicação do CL ainda é uma prática frequentemente banalizada pelos profissionais. Essa situação exige do profissional da Enfermagem protagonismo e esforço, de forma a garantir que a checagem verbal seja realizada no período perioperatório, visando não apenas a segurança do paciente, mas dos membros envolvidos e da instituição.

Diante do exposto, o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao uso do CL é relevante, pois reduz as lacunas de conhecimento e sensibiliza os profissionais sobre a importância da segurança do paciente cirúrgico, com vistas à redução dos riscos e danos na assistência cirúrgica. Para nortear a investigação, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: Qual é o percentual de conformidade da aplicação do *checklist* de cirurgia segura pela equipe cirúrgica na realidade da sala de cirurgia?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA

A preocupação com a segurança do paciente ganhou destaque mundial no início dos anos 2000, com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, elaborado pelo Instituto de Medicina (IOM). Mesmo após duas décadas e com os avanços alcançados, novos desafios e prioridades emergiram, como os erros de diagnóstico e a própria segurança do paciente. Nesse percurso, tem sido constante o esforço para promover o engajamento e o aprendizado a partir dos relatos de eventos adversos vivenciados e compartilhados pelos próprios pacientes (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

De acordo com a OMS, anualmente ocorrem cerca de 134 milhões de eventos adversos em hospitais de países de baixa e média renda, resultando em aproximadamente 2,6 milhões de mortes atribuídas a cuidados inseguros. Nos serviços de atenção primária e ambulatorial, estima-se que quatro em cada dez pacientes sofram algum tipo de dano, sendo os erros de medicação um dos principais, com um custo anual estimado em 42 bilhões de dólares (WHO, 2019).

No contexto cirúrgico, a assistência em saúde possui uma dinâmica particular, caracterizada por uma diversidade de situações e intervenções voltadas à complexidade do paciente cirúrgico. Esse cuidado envolve procedimentos invasivos, utilização de tecnologias avançadas, além de elevada precisão nos diagnósticos e tratamentos, demandando atuação altamente especializada dos profissionais de saúde. Trata-se também de um ambiente frequentemente marcado por pressão, estresse e pela necessidade de decisões rápidas e assertivas (FARIAS et al., 2024).

Segundo os boletins mensais divulgados pela Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), uma análise dos incidentes reportados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) pelos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil, no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, revelou que, dos 134.501 incidentes notificados, 574 estavam relacionados a falhas ocorridas durante o processo cirúrgico (ANVISA, 2017).

Nesse cenário, a segurança do paciente assume um papel fundamental, sendo definida pela OMS como a redução do risco de danos desnecessários relacionados à atenção em saúde, estando diretamente ligada à oferta de um cuidado seguro, eficaz

e de qualidade. Os procedimentos cirúrgicos estão entre as intervenções mais complexas e de maior risco na área da saúde. Por isso, a OMS lançou, no ano de 2008, a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, por meio da qual desenvolveu e recomendou a adoção de uma lista de verificação de segurança (ANEXO A) com o objetivo de padronizar etapas críticas e aprimorar a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica (WHO, 2009).

A aplicação do CL com a devida confirmação dos itens de checagem em voz alta tem sido amplamente estudada e é fortemente recomendada como uma estratégia para promover o engajamento de toda a equipe e reforçar a adesão à ferramenta. Pesquisas demonstram que essa prática contribui significativamente para a redução de EA cirúrgicos e para a melhoria dos desfechos clínicos (HAYNES et al., 2009; RODRIGUES et al., 2020). Considerando a complexidade que envolve a assistência cirúrgica, é necessário otimizar cada etapa do cuidado ao paciente. Nesse contexto, o uso do CL torna-se indispensável, pois apresenta baixo custo de implementação, é de fácil aplicação e contribui para uma assistência de maior qualidade (TOTI et al., 2020).

Embora existam evidências consistentes que sustentam a eficácia das estratégias recomendadas para aumentar a segurança em procedimentos cirúrgicos, a aplicação do CL na prática ainda apresenta desafios. Entre os principais obstáculos estão a resistência por parte dos profissionais de saúde, a falta de capacitação adequada e a subvalorização da importância dessa ferramenta (PITTS et al., 2017).

No contexto do trabalho interprofissional, por exemplo, muitos médicos consideram que a responsabilidade pelo cumprimento do CL recai sobre os enfermeiros do centro cirúrgico, transferindo de forma implícita a responsabilidade por possíveis falhas a uma única categoria profissional (TOTI et al., 2020). Além disso, um estudo realizado em hospitais brasileiros apontou que a aplicação do CL frequentemente ocorre de forma incompleta, comprometendo sua eficácia na prevenção de erros (SOUZA et al., 2019).

Globalmente, o CL tem sido adaptado e implementado conforme as especificidades de cada instituição de saúde. Um estudo multicêntrico pioneiro realizado pela OMS demonstrou que com a adoção do CL a taxa de complicações cirúrgicas caiu de 11% para 7%, e a mortalidade associada aos procedimentos diminuiu de 1,5% para 0,8% (HAYNES et al., 2009). Pesquisas em países de baixa e média renda também apontaram resultados semelhantes, confirmando a eficácia

global do CL (STORESUND et al., 2020; SOUZA et al., 2023).

O CL padrão proposto pela OMS foi organizado em três etapas fundamentais que visam garantir a segurança do paciente ao longo do procedimento cirúrgico. A primeira fase, chamada "*Sign In*", ocorre antes da indução anestésica e envolve a confirmação verbal, pela equipe, da identidade do paciente, do procedimento a ser realizado, do local da cirurgia, além da verificação de possíveis alergias e condições clínicas relevantes. A segunda fase, "*Time Out*", acontece imediatamente antes da incisão cirúrgica e consiste em uma pausa coletiva para revisar os detalhes do procedimento, esclarecer os papéis de cada integrante da equipe, confirmar a administração da profilaxia antibiótica e checar a disponibilidade de materiais e equipamentos. Por fim, a terceira e última fase, "*Sign Out*", é realizada antes da saída do paciente da sala cirúrgica, momento em que a equipe verifica a contagem de instrumentos, confirma a rotulagem correta de amostras coletadas e discute os cuidados pós-operatórios e eventuais complicações (WHO, 2009; GUL et al., 2022).

No âmbito das organizações de saúde, o CL destaca-se como uma ferramenta com grande potencial para organizar o cuidado cirúrgico, fortalecer o trabalho em equipe, fomentar a cultura de segurança e colaborar para a redução de complicações. A adesão a essa ferramenta é fundamental para reduzir riscos evitáveis que colocam em perigo a vida e o bem-estar dos pacientes. O CL também favorece a padronização de medidas fundamentais de segurança a serem seguidas por toda a equipe cirúrgica, reduzindo falhas e promovendo uma assistência mais segura. (MONTEIRO et al., 2024).

Um estudo conduzido em um hospital geral de referência do interior de Minas Gerais revelou que, embora o CL estivesse presente em 95% dos prontuários analisados, apenas 67,4% apresentavam preenchimento completo, apontando para a necessidade de estratégias que aprimorem sua execução (RIBEIRO et al., 2019). Além disso, uma pesquisa realizada com ortopedistas brasileiros mostrou que 65,3% desconheciam parcial ou totalmente o CL da OMS, evidenciando falhas no conhecimento e na aplicação da ferramenta (BÄHR; MOTTA FILHO, 2021).

Compreender as barreiras que dificultam a aplicação do CL conforme as recomendações, possibilita identificar oportunidades de aprimoramento e contribui para elevar a segurança do paciente, da equipe e da própria instituição (DA SILVA et al., 2021). Ressalta-se ainda que diversos fatores estão associados à fragilidades na segurança dos serviços de saúde, entre eles, o comportamento dos profissionais em

relação à adesão às boas práticas assistenciais e à construção de uma cultura organizacional positiva de segurança, composta por valores, atitudes, competências e condutas que refletem o compromisso com a gestão e com o cuidado seguro (WHO, 2009).

2.2 O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO CIRÚRGICO

A equipe de Enfermagem exerce um papel fundamental na promoção da segurança do paciente ao longo do período perioperatório, que engloba as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. Nesse cenário, esses profissionais são responsáveis por assegurar a implementação de protocolos de segurança, a adequada preparação do ambiente cirúrgico e a oferta de uma assistência integral em todas as etapas do procedimento. O objetivo é reduzir os riscos inerentes à prática cirúrgica e assegurar um cuidado seguro e de qualidade (POTTER; PERRY, 2020).

No contexto do centro cirúrgico, dois processos de trabalho se destacam na atuação do enfermeiro: o cuidar e o gerenciar. O processo de cuidar envolve a ação integrada dos diversos membros da equipe de Enfermagem, como técnicos e auxiliares, com foco na atenção ao indivíduo, à família e à coletividade, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde. No ambiente cirúrgico, esse cuidado se manifesta por meio do acompanhamento contínuo do paciente durante todo o período perioperatório, assegurando a aplicação rigorosa dos protocolos de segurança, a administração segura de medicamentos e o monitoramento constante das condições clínicas (ARAÚJO et al., 2023).

O processo de trabalho relacionado ao gerenciamento em Enfermagem diz respeito à organização e coordenação dos recursos humanos, materiais e estruturais indispensáveis para garantir uma assistência segura e eficaz. No centro cirúrgico, essa função envolve não apenas a gestão da equipe de Enfermagem, mas também a supervisão dos fluxos operacionais dentro das salas cirúrgicas, a articulação com a equipe multiprofissional e a interface com a Central de Material e Esterilização (CME), assegurando a adequada disponibilidade e esterilização dos insumos e equipamentos utilizados nos procedimentos. Dessa forma, a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico se configura como estratégica, ao integrar a gestão dos processos com a prestação de cuidados diretos, contribuindo significativamente para a segurança do

paciente e para a melhoria dos resultados cirúrgicos (ARAÚJO et al., 2023).

Diante desse cenário, a implementação de medidas estruturadas é essencial para garantir a segurança do paciente no ambiente cirúrgico. A adesão ao CL, proposto pela OMS, o preparo adequado de materiais e equipamentos, assim como a comunicação clara e eficiente entre os membros da equipe multiprofissional, constituem estratégias fundamentais para prevenir falhas e padronizar condutas durante o procedimento perioperatório (WHO, 2009).

Por sua atuação constante e próxima ao paciente, a equipe de Enfermagem ocupa uma posição central na implementação de estratégias voltadas à segurança no centro cirúrgico, especialmente no que diz respeito à aplicação do CL. Ao atuar como elo entre o paciente e os demais integrantes da equipe multiprofissional, a Enfermagem desempenha um papel crucial na efetivação das práticas seguras. Essa participação torna-se ainda mais relevante quando o CL é executado de forma verbalizada e coletiva, favorecendo a identificação de riscos potenciais, o alinhamento das condutas e o fortalecimento da cultura de segurança (ROCHA et al., 2021).

No entanto, a proximidade com os processos assistenciais também expõe os profissionais de enfermagem a situações complexas, que podem aumentar a chance de erros e eventos adversos. Esses riscos ressaltam a necessidade de estratégias sistemáticas para prevenir falhas e promover uma prática segura e eficiente. Assim, fortalecer o protagonismo da Enfermagem na aplicação do CL e em outras ações de segurança cirúrgica é essencial para a qualificação da assistência e a proteção do paciente no ambiente operatório (ROCHA et al., 2021).

Dentre os principais desafios enfrentados pelos profissionais de Enfermagem no ambiente cirúrgico, destacam-se a sobrecarga de trabalho, a necessidade de formação contínua e a resistência à adoção de novas práticas voltadas à segurança do paciente. A capacitação permanente e a implementação de protocolos fundamentados em evidências têm se mostrado estratégias eficazes para elevar a qualidade da assistência e reduzir a ocorrência de eventos adversos (RODRIGUES et al., 2020).

Além dos desafios já mencionados, a ampla gama de responsabilidades atribuídas ao enfermeiro no ambiente cirúrgico pode levar à fragmentação do cuidado, comprometendo tanto a integralidade quanto a humanização da assistência ao paciente. Essa realidade é agravada pela necessidade de gerir de forma eficiente os recursos materiais, manter uma comunicação clara e assertiva, e estabelecer uma

articulação eficaz com as equipes multiprofissionais (ARAÚJO et al., 2023).

Para enfrentar as adversidades inerentes à atuação da enfermagem no centro cirúrgico e promover um ambiente de trabalho mais colaborativo, recomenda-se a criação de espaços de gestão compartilhada, que favoreçam a integração entre os profissionais, a resolução de conflitos e o intercâmbio de conhecimentos. Essas iniciativas são essenciais para fortalecer a cultura de segurança do paciente e impulsionar a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos no centro cirúrgico (ARAÚJO et al., 2023).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a conformidade na aplicação do CL às recomendações da OMS na prática das salas operatórias, em especial, à checagem verbal dos itens de segurança.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a realização da checagem verbal dos itens de segurança nos três momentos de aplicação do CL em tempo real;
- Analisar o registro documental da aplicação do CL nos prontuários dos pacientes cirúrgicos, identificando possíveis divergências entre a execução verbal e via registro;
- Identificar o percentual de conformidade na checagem de cada item de segurança em relação às recomendações da OMS.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado a partir da observação direta da aplicação do CL em tempo real nas salas cirúrgicas com base nas recomendações estabelecidas pela OMS para utilização do instrumento.

Inicialmente, foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de sintetizar o conhecimento sobre o tema e fundamentar teoricamente a importância da aplicação do CL em conformidade com as recomendações da OMS. A busca por artigos científicos foi realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e SciELO. Como estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores da base MeSH e DeCS: Cirurgia Segura, Segurança do Paciente, Lista de Verificação, Eventos Adversos, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios. As combinações foram realizadas com uso dos operadores booleanos AND e OR.

A pesquisa foi conduzida em um hospital público de ensino de referência, situado na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais - Brasil, que realiza dois milhões de atendimentos anualmente, oferecendo assistência de hospital dia e regime de internações de média e alta complexidade, contando com oito salas de cirurgia com média de 350 procedimentos cirúrgicos por mês.

A população do estudo incluiu procedimentos cirúrgicos de todas as especialidades que foram realizados entre os meses de abril a agosto do ano de 2025 (n=1.750). A amostra foi calculada considerando a média mensal de cirurgias realizadas no cenário do estudo e o percentual médio de adesão ao CL identificado em pesquisas nacionais (90,72%), com nível de confiança de 95% (MARQUIONI, et al., 2019; RIBEIRO, 2019; SILVA et al., 2020). Dessa forma, o cálculo amostral indicou a necessidade de inclusão mínima de 130 procedimentos cirúrgicos (n=130).

Foram incluídos no estudo todos os procedimentos cirúrgicos em pacientes adultos (18 anos ou mais) de todas as especialidades, realizados no período diurno com amostragem por conveniência. Os pacientes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) concordando com a observação da aplicação do CL em seu procedimento cirúrgico e com o acesso ao prontuário para conferência do registro no formulário.

A coleta de dados ocorreu a partir da observação direta da aplicação do CL em tempo real e da verificação do registro da checagem no prontuário do paciente. Para isso, foi utilizado um formulário de observação (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora fundamentado no modelo padrão do CL proposto pela OMS. Esse instrumento inclui campos para registrar a checagem verbal de cada item do CL, a realização do registro no prontuário e o cumprimento das etapas, além de um espaço destinado a registrar a participação dos membros da equipe cirúrgica. Também foram coletadas informações relacionadas ao procedimento cirúrgico, tais como a classificação da cirurgia quanto à urgência (eletiva ou emergência), a especialidade cirúrgica, a duração da cirurgia, e o tipo de anestesia. Além disso, havia um espaço para registrar intercorrências ou quaisquer informações relevantes observadas durante a aplicação do CL.

Os dados coletados foram transferidos do Microsoft Excel® para o *software Stata* v.15, no qual foram realizadas as análises estatísticas. Inicialmente, calculou-se as frequências brutas e percentuais para as variáveis de caracterização das cirurgias (tipo de anestesia, especialidade e classificação da urgência). Foram incluídas variáveis representativas dos três momentos cirúrgicos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala cirúrgica. Para cada variável, foram calculadas as frequências brutas e percentuais da confirmação verbal e da confirmação via registro. O teste qui-quadrado de McNemar foi adotado para comparar as proporções entre os conjuntos de dados de confirmação verbal e via registro, que são pareados por representarem os mesmos pacientes em duas situações distintas.

A partir das respostas sobre a realização da confirmação verbal e via registro, criou-se uma variável representativa da conformidade, considerando o item de checagem “conforme” quando ocorreu a confirmação verbal e via registro ao mesmo tempo. A partir desses resultados, calculou-se, ainda, a conformidade para cada momento cirúrgico, considerando a proporção de itens conformes em cada um deles. O nível de significância adotado em toda a análise foi de 5%.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), tendo como CAAE 86548025.7.0000.5133 e número do parecer 7.500.360 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Foram incluídos 193 procedimentos cirúrgicos, dos quais 192 (99,48%) foram eletivos. O tipo de anestesia mais utilizado foi a geral (38,34%), seguido pela sedação com regional (21,76%). As cirurgias foram, majoritariamente, nas especialidades de Ortopedia (20,21%) e Ginecologia (16,06%), conforme disposto na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das cirurgias

Variáveis	n	%
Tipo de anestesia		
Geral	74	38,34
Sedação com regional	42	21,76
Regional	20	10,36
Sedação	20	10,36
Geral com regional	17	8,81
Sedação com local	13	6,74
Local	7	3,63
Especialidade		
Ortopedia	39	20,21
Ginecologia	31	16,06
Urologia	28	14,51
Outros	21	10,88
Cirurgia geral	21	10,88
Otorrinolaringologia	18	9,33
Cabeça e pescoço	13	6,74
Oftalmologia	9	4,66
Cirurgia torácica	8	4,15
Cirurgia oncológica	5	2,59
Classificação da urgência		
Eletiva	192	99,48
Emergência	1	0,52

Fonte: Dados coletados pela autora (2025).

A Tabela 2 apresenta a comparação entre confirmação verbal e registro antes da indução anestésica. As confirmações foram mais frequentes no registro, em detrimento do modo verbal, com diferença estatisticamente significativa para todos os oito itens analisados.

Tabela 2 - Comparação entre confirmação verbal e registro antes da indução anestésica

Itens	Confirmação verbal		Registro		Valor de p [†]
	n	%	N	%	
Paciente confirmou idade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento*					<0,001
Sim	159	82,38	188	97,92	
Não	34	17,62	4	2,08	
Sítio cirúrgico demarcado*					<0,001
Sim	22	11,64	154	80,21	
Não	167	88,36	38	19,79	
Equipamento de anestesia checado					<0,001
Sim	15	7,77	179	92,75	
Não	178	92,23	14	7,25	
Oxímetro de pulso na paciente Funcionando					<0,001
Sim	19	9,84	178	92,23	
Não	174	90,16	15	7,77	
Paciente possui alergia					<0,001
Sim	128	66,32	187	96,89	
Não	65	33,68	6	3,11	
Paciente possui via aérea difícil/risco de aspiração*					<0,001
Sim	13	6,88	177	91,71	
Não	176	93,12	16	8,29	
Risco de perda sanguínea > 500ml*					<0,001
Sim	3	1,60	171	88,60	
Não	185	98,40	22	11,40	

Sangue disponível*					<0,001
Sim	6	3,19	165	85,94	
Não	182	96,81	27	14,06	

† Teste qui-quadrado de McNemar.

*Valores faltantes representam observações registradas como “não se aplica” (NA).

Fonte: Dados coletados pela autora (2025).

A Tabela 3 apresenta a comparação entre confirmação verbal e registro antes da incisão cirúrgica. As confirmações foram mais frequentes no registro, em detrimento do modo verbal, com diferença estatisticamente significativa para todos os sete itens analisados.

Tabela 3 - Comparação entre confirmação verbal e registro antes da incisão cirúrgica

Itens	Confirmação verbal		Registro		Valor de p [†]
	n	%	n	%	
Todos os membros da equipe confirmam seu nome e profissão					<0,001
Sim	19	9,84	178	92,23	
Não	174	90,16	15	7,77	
Equipe confirmou a identificação do paciente, local da cirurgia e procedimento*					<0,001
Sim	12	6,22	178	92,71	
Não	181	93,78	14	7,29	
Cirurgião confirmou passos críticos, duração estimada e possível perda sanguínea*					<0,001
Sim	15	7,77	178	93,19	
Não	178	92,23	13	6,81	
Anestesista confirmou preocupações específicas*					<0,001
Sim	24	12,44	175	91,15	
Não	169	87,56	17	8,85	

Enfermagem confirmou materiais e equipamentos					<0,001
Sim	48	24,87	178	92,23	
Não	145	75,13	15	7,77	
Confirmação da profilaxia Antimicrobiana					<0,001
Sim	100	52,08	186	96,37	
Não	93	47,92	7	3,63	
Disponibilidade dos exames de imagem*					<0,001
Sim	18	9,42	176	91,19	
Não	173	90,58	17	8,81	

† Teste qui-quadrado de McNemar.

*Valores faltantes representam observações registradas como “não se aplica” (NA).

Fonte: Dados coletados pela autora (2025).

A Tabela 4 apresenta a comparação entre confirmação verbal e registro antes do paciente sair da sala cirúrgica. As confirmações foram mais frequentes no registro, em detrimento do modo verbal, com diferença estatisticamente significativa para todos os seis itens analisados.

Tabela 4 - Comparação entre confirmação verbal e registro antes do paciente sair da sala cirúrgica

Itens	Confirmação verbal		Registro		Valor de p [†]
	n	%	N	%	
Confirmado procedimento realizado					<0,001
Sim	18	9,33	186	96,37	
Não	175	90,67	7	3,63	
Contagem de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas					<0,001
Sim	19	9,90	167	86,46	
Não	174	90,10	26	13,54	

Identificação de amostra para anatomia patológica*					<0,001
Sim	63	33,33	164	86,32	
Não	126	66,67	26	13,68	
Problemas com equipamentos					<0,001
Sim	3	1,55	172	89,12	
Não	190	98,45	21	10,88	
Revisão das preocupações essenciais para recuperação do paciente					<0,001
Sim	10	5,18	175	90,63	
Não	183	94,82	18	9,38	
Equipamento de anestesia Checado					<0,001
Sim	7	3,63	179	93,23	
Não	186	96,37	14	6,77	

† Teste qui-quadrado de McNemar.

*Valores faltantes representam observações registradas como “não se aplica” (NA).

Fonte: Dados coletados pela autora (2025).

Na Tabela 5 tem-se a distribuição da confirmação verbal e do registro de realização do procedimento antes do paciente sair da sala cirúrgica, por especialidade. Na otorrinolaringologia identifica-se o maior percentual de confirmações verbais (22,22%) deste aspecto, seguida pela urologia (14,29%), enquanto na oftalmologia e na cirurgia oncológica não houve confirmação em nenhuma das ocorrências.

Tabela 5 - Distribuição da confirmação verbal e do registro de realização do procedimento antes do paciente sair da sala cirúrgica, por especialidade

Especialidade	Confirmação verbal		Registro	
	n	%†	n	%†
Ortopedia	4	10,26	34	87,18
Ginecologia	2	6,45	31	100,0
Urologia	4	14,29	28	100,0

Outros	1	4,76	21	100,0
Cirurgia geral	1	4,76	21	100,0
Otorrinolaringologia	4	22,22	17	94,44
Cabeça e pescoço	1	7,69	13	100,0
Oftalmologia	0	0	8	88,89
Cirurgia torácica	1	12,50	8	100,0
Cirurgia oncológica	0	0	5	100,0

† Percentual de realizações (confirmação verbal ou registro)

Fonte: Dados coletados pela autora (2025).

A Tabela 6 apresenta a distribuição percentual de conformidade por cada item analisado no estudo. O item “Paciente confirmou idade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento” alcançou o maior percentual de conformidade, sendo este de 80,21%. Já o item “Sangue disponível” obteve o menor percentual de conformidade, de 0,53%.

Tabela 6 - Distribuição do percentual de conformidade por item analisado

Item	Conformidade	
	N	%
Paciente confirmou idade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento	154	80,21
Sítio cirúrgico demarcado	19	10,05
Equipamento de anestesia checado	12	6,22
Oxímetro de pulso na paciente funcionando	13	6,74
Paciente possui alergia	126	65,28
Paciente possui via aérea difícil/risco de aspiração	10	5,29
Risco de perda sanguínea > 500ml	2	1,06
Sangue disponível	1	0,53
Todos os membros da equipe confirmam seu nome e profissão	15	7,77
Equipe confirmou a identificação do paciente, local da cirurgia e procedimento	12	6,25
Cirurgião confirmou passos críticos, duração estimada e possível perda sanguínea	12	6,28

Anestesista confirmou preocupações específicas	21	10,94
Enfermagem confirmou materiais e equipamentos	47	24,35
Confirmação da profilaxia antimicrobiana	98	51,04
Disponibilidade dos exames de imagem	12	6,28
Confirmado procedimento realizado	15	7,77
Contagem de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas	18	9,42
Identificação de amostra para anatomia patológica	61	32,62
Problemas com equipamentos	2	1,04
Revisão das preocupações essenciais para recuperação do paciente	8	4,17
Equipamento de anestesia checado	3	1,56

Fonte: Dados coletados pela autora (2025).

Na Tabela 7 tem-se a distribuição do percentual de conformidade por momento cirúrgico. Antes da indução anestésica a conformidade foi de 22,16%, enquanto antes da incisão cirúrgica foi de 16,11% e antes do paciente sair da sala de cirurgia foi de 9,4%.

Tabela 7 - Distribuição do percentual de conformidade por momento cirúrgico

Momento cirúrgico	Conformidade	
	N	%
Antes da indução anestésica (n=1.525)	338	22,16
Antes da incisão cirúrgica (n=1.347)	217	16,11
Antes do paciente sair da sala de cirurgia (n=1.149)	108	9,40

Fonte: Dados coletados pela autora (2025).

6 DISCUSSÃO

O estudo analisou a aplicação do *checklist* em tempo real a partir da observação de 193 procedimentos cirúrgicos de diversas especialidades, identificando o percentual de conformidade na aplicação da ferramenta quando a checagem verbal e a presença do registro foram verificadas nas três etapas que constituem o instrumento. A análise global evidenciou uma adesão significativamente maior ao CL por meio do registro em detrimento a confirmação verbal, o que sinaliza uma baixa conformidade na aplicação do instrumento, considerando a recomendação da OMS para sua aplicação efetiva.

Apesar do CL estar presente na maioria dos prontuários e sistemas formais de auditoria, diversos estudos indicam que há uma significativa discrepância entre o registro e a execução real de todos os itens pela equipe cirúrgica. Por exemplo, em um estudo de revisão sistemática com meta-análise global, verificou-se uma taxa média de conformidade de 73 % com o CL da OMS, mas uma completude global de apenas 51 %, o que aponta que muitos itens críticos são omitidos ou preenchidos de forma inconsistente (HABTIE et al., 2025). Outro estudo observacional australiano encontrou que, embora 86 % dos prontuários indicassem que o CL estava completo, apenas cerca de 27 % deles foram checados verbalmente durante as cirurgias, sugerindo que o ato de “marcar” o CL muitas vezes não corresponde à realização efetiva dos procedimentos recomendados (GILES et al., 2017).

No presente estudo, embora a maioria dos itens tenha sido formalmente registrada, a confirmação verbal mostrou-se significativamente menor em todos os momentos avaliados, o que pode comprometer o principal objetivo do CL que é reduzir a frequência de eventos adversos e melhorar a segurança do paciente cirúrgico. Além disso, a realidade encontrada distancia-se da meta de promover uma comunicação efetiva e o trabalho em equipe na sala operatória e, consequentemente, de uma cultura de segurança mais fortalecida.

A realidade observada na aplicação do CL no cenário estudado indica que a adesão ao registro da checagem é significativamente maior do que à confirmação verbal, sugerindo uma percepção predominantemente burocrática do papel da ferramenta. Por se tratar de um documento obrigatório no prontuário do paciente e fonte de dados para auditoria interna, nota-se maior atenção ao registro formal, enquanto a confirmação verbal é realizada com menos frequência.

No contexto brasileiro, as evidências mostram que, mesmo quando o CL está formalmente presente nos prontuários, sua execução completa ocorre de forma muito menos frequente do que o ideal (RIBEIRO; CASSIANI, 2019; SILVA et al., 2020). Um estudo retrospectivo em hospital geral de referência de Minas Gerais com 423 prontuários de pacientes cirúrgicos evidenciou que o CL estava presente em 95% deles, porém só 67,4% estavam preenchidos completamente (RIBEIRO et al., 2019). Essa situação poderia levar à superestimação da conformidade na aplicação do CL pela equipe cirúrgica e gerar indicadores falsos de eficiência da ferramenta, considerando que a completude e o real cumprimento das etapas são essenciais para sua eficácia (GAMA et al., 2022).

A OMS recomenda que todos os itens sejam confirmados em voz alta, com a participação do paciente na fase inicial e da equipe multiprofissional nas etapas subsequentes. Dessa forma, o simples registro, sem a efetiva verificação verbal junto aos envolvidos, caracteriza-se como não conformidade em relação às diretrizes da OMS, comprometendo a efetividade do CL como ferramenta de segurança e colocando em dúvida seu impacto na redução de eventos adversos em pacientes cirúrgicos (WHO, 2009).

A análise dos resultados encontrados segundo os momentos cirúrgicos mostrou que o percentual de conformidade diminuiu progressivamente em relação aos três momentos de aplicação do CL. Verificou-se um maior percentual de conformidade no primeiro momento (antes da indução anestésica), seguido pelo segundo (antes da incisão cirúrgica) e, por fim, pelo terceiro (antes da saída da sala de cirurgia) que apresentou o menor percentual de conformidade identificado. Esse resultado sugere que a adesão ao CL pode se reduzir ao longo da cirurgia em decorrência da pressão por produtividade, da sobrecarga de tarefas, de distrações e fadiga da equipe ao final do procedimento (HABTIE et al., 2025).

Estudos demonstram que, mesmo quando o *checklist* de cirurgia segura é aplicado, sua completude diminui conforme se avança nos momentos cirúrgicos (SCHWENDIMANN et al., 2019; TULLY et al., 2021). Uma investigação em cesarianas identificou taxas de preenchimento de 80 % no primeiro momento, 66 % no segundo, e 45 % no terceiro, sinalizando que a execução efetiva dos itens vai se enfraquecendo do início para o fim do procedimento (MOGESSIE et al., 2024). Esse fenômeno reforça que não basta haver CL documentado; é crucial assegurar sua completude e

fidelidade de execução em todos os momentos, especialmente no último, tradicionalmente aquele com menor observância (HABTIE et al., 2025).

A aplicação incompleta do CL indica que itens essenciais de segurança com potencial para prevenir a ocorrência de eventos adversos graves estão sendo checados de forma incipiente. A literatura destaca que tal fragilidade pode exigir novas intervenções e, em casos extremos, resultar em lesões com implicações médico-legais, como cirurgias em sítios incorretos, episódios de hipoxemia intraoperatória e atrasos em transfusões emergenciais, além de expor pacientes a riscos que comprometem sua saúde física e emocional (SCHWENDIMANN et al., 2019).

Neste estudo, os itens com maior percentual de conformidade foram identificados no primeiro momento de aplicação do CL: a confirmação da identidade do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e da existência do termo de consentimento para a cirurgia assinado pelo paciente ou responsável. A realidade encontrada revela que os profissionais tendem a priorizar ações de maior visibilidade ética e legal, enquanto os aspectos técnicos e logísticos relacionados à segurança do paciente são frequentemente negligenciados. Apesar dessas lacunas na prática, o CL é fortemente recomendado pela OMS e apresenta eficácia comprovada com impacto na redução das taxas de complicações e de mortalidade intraoperatória, além do aumento significativo na adesão à antibioticoprofilaxia (HAYNES et al., 2009; POVEDA et al., 2021).

No segundo momento, que acontece imediatamente antes da incisão cirúrgica, a reduzida frequência de comunicação verbal entre cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem evidencia fragilidade na interação multiprofissional. Embora passos críticos e possíveis complicações sejam registrados, raramente são discutidos verbalmente, o que limita a efetividade da checagem e o alinhamento da equipe (LEITE et al., 2021). A baixa adesão à comunicação verbal compromete a função do CL de atuar como uma barreira múltipla e integrada de segurança (WHO, 2009; DIRIE et al., 2024).

No momento final, antes da saída do paciente da sala cirúrgica, também foram identificadas lacunas importantes. A confirmação verbal do procedimento realizado, a contagem de instrumentais, compressas e agulhas e a confirmação da destinação de exames anatomopatológicos ocorreram de forma pouco expressiva quando comparadas aos registros formais. Da mesma forma, etapas relacionadas à segurança pós-operatória, como a revisão das preocupações essenciais para a

recuperação do paciente, foram pouco verbalizadas revelando uma prática predominantemente burocrática e não interativa, focada na obrigatoriedade institucional para fins de auditorias de prontuários (SILVA et al., 2020; POVEDA et al. 2021).

Essa tendência de negligenciar o terceiro e último momento é amplamente descrita na literatura internacional e ainda pouco explorada no contexto brasileiro, sendo atribuída a múltiplos fatores organizacionais e comportamentais. A fase final da cirurgia costuma ser marcada pela fadiga da equipe, pela pressão em liberar a sala para o próximo procedimento e pela priorização de tarefas técnicas de limpeza e transporte do paciente, o que reduz o engajamento em atividades de comunicação estruturadas. Estudos também apontam queda acentuada na participação verbal durante o terceiro momento, mesmo em hospitais com longa experiência no uso do CL (TULLY et al., 2021; GUL et al., 2022).

Além disso, é importante destacar que o terceiro momento envolve membros diferentes da equipe em comparação aos dois primeiros, pois alguns profissionais (como o cirurgião principal ou o anestesista) podem já ter deixado a sala ou estarem focados no início de outro procedimento. Essa situação pode dificultar a aplicação do CL e enfraquecer a responsabilização coletiva. A ausência de membros da equipe pode reduzir a percepção de relevância dessa etapa e comprometer a qualidade das informações compartilhadas, fragilizando a comunicação interdisciplinar e a segurança do paciente (HABTIE et al., 2025).

Considerando o conhecimento do período perioperatório, a Enfermagem pode atuar como protagonista nas intervenções junto a equipe cirúrgica buscando atender às individualidades de cada paciente, assegurando assim a responsabilidade para garantir a conformidade com a redução de danos provenientes à assistência no bloco cirúrgico, através de uma comunicação efetiva na aplicação do CL (DOS SANTOS et al., 2022; TREVILATO et al., 2023).

Outro aspecto crítico relacionado ao terceiro momento é a checagem de tarefas com menor visibilidade legal e mais voltadas à segurança operacional, como a contagem de materiais e a verificação de equipamentos. Por isso, esses itens tendem a ser delegados à Enfermagem e tratados como rotinas automatizadas, realizadas sem a participação ativa de toda a equipe. Estudos mostram que em muitos hospitais brasileiros, essa etapa é conduzida de forma isolada por técnicos de enfermagem, sem verbalização em voz alta e sem validação conjunta, o que aumenta o risco de

retenção de corpos estranhos e perda de amostras biológicas (POVEDA et al., 2021; OHAGWU et al., 2025).

Portanto, os achados do presente estudo, que evidenciaram menor percentual de conformidade em grande parte dos casos no terceiro momento de aplicação do CL, sugerem uma fragilidade na transição do cuidado entre o intra e o pós-operatório. Essa etapa, embora frequentemente subvalorizada, é essencial para garantir a continuidade segura do cuidado, a rastreabilidade de materiais e amostras e a prevenção de complicações imediatas, que podem culminar em EA dentro da sala de recuperação pós-anestésica, sendo um ponto estratégico para intervenções educativas e organizacionais.

A adoção de estratégias específicas para fortalecer a aplicação do CL no terceiro momento pode incluir: treinamentos de simulação realística com ênfase em encerramento cirúrgico seguro, atribuição formal da responsabilidade de condução do momento à enfermagem, exigência de presença mínima do cirurgião, anestesista e enfermeiro durante a checagem final, além da implementação de auditorias com *feedback* em tempo real (TULLY et al., 2021; PAGE et al., 2025). Tais medidas são apontadas como eficazes para elevar a adesão à confirmação verbal e transformar a aplicação do CL em um momento de comunicação efetiva e não apenas de documentação (HABTIE et al., 2025).

A liderança da Enfermagem na condução dos três momentos do CL pode ser uma estratégia central para fortalecer essa prática, considerando o papel organizador e integrador que esses profissionais exercem no centro cirúrgico. Além disso, a incorporação do CL como indicador institucional de desempenho, com apoio da gestão hospitalar, pode contribuir para a sustentabilidade dessa ferramenta e para a redução de eventos adversos cirúrgicos (GONG et al., 2021).

Outro aspecto relevante no presente estudo foi a heterogeneidade entre especialidades, com destaque para a otorrinolaringologia, que apresentou maior percentual de confirmações verbais, enquanto áreas como oftalmologia e oncologia não registraram nenhuma confirmação verbal. Essa variação sugere que a cultura de segurança ainda depende fortemente da organização interna das equipes e da liderança médica presente. Estudos internacionais demonstram que a adesão ao CL sofre influência da especialidade cirúrgica, com alguns grupos apresentando conformidade menor em certos itens críticos. Um estudo norte-americano registrou variações significativas entre especialidades: cirurgiões gerais, por exemplo, foram

menos aderentes à aplicação do CL do que ortopedistas e neurocirurgiões (BIFFL et al., 2015). Na Suíça, foi observado que embora a política de CL esteja presente em todos os serviços, a capacidade de sustentação e de adesão depende muito da especialidade, sugerindo influência de rotinas específicas, cultura de cada serviço ou liderança local (SCHWENDIMANN et al., 2019).

No presente estudo, a condução do CL mostrou-se fragilizada, com ausência clara de liderança e sem a participação equitativa de todas as categorias profissionais. Para que o CL seja efetivo, é fundamental que o ambiente de trabalho seja colaborativo e que exista uma cultura de segurança consolidada. Esses fatores ainda estão em processo de construção em muitos hospitais públicos universitários brasileiros. A ausência de um ambiente favorável ao diálogo compromete a detecção precoce de problemas e a coordenação segura do cuidado cirúrgico (RIBEIRO et al., 2019).

Dessa forma, os resultados desta pesquisa indicam que, embora o CL esteja formalmente institucionalizado, sua implementação ainda não se encontra consolidada como prática segura, sobretudo no que se refere à comunicação verbal entre a equipe. Esse achado é relevante para subsidiar estratégias institucionais voltadas à melhoria da conformidade e da adesão ao instrumento.

A literatura destaca que ações de educação permanente, treinamentos práticos com simulação realística, auditorias observacionais com *feedback* imediato e a liderança ativa da enfermagem na condução dos tempos cirúrgicos configuram-se como medidas eficazes para ampliar a adesão ao CL (GILLESPIE et al., 2018; PEDRADA et al., 2021). Além disso, a incorporação do CL como indicador institucional de desempenho e de segurança do paciente, acompanhado pelo apoio da gestão hospitalar e de políticas de incentivo, tem se mostrado um fator determinante para a sustentabilidade dessa prática. Tais estratégias podem ser fundamentais para transformar o CL de cirurgia segura em uma ferramenta efetiva de prevenção de eventos adversos no contexto do hospital universitário estudado (RÖHSIG et al., 2020).

Diante disso, os resultados apontam para a necessidade de fortalecer estratégias educativas permanentes, alinhadas a uma cultura de segurança institucional que valorize a comunicação efetiva e não apenas o cumprimento documental do CL. O protagonismo da enfermagem, especialmente no papel de liderança no processo de checagem, é estratégico para transformar o CL em uma

prática colaborativa, ao invés de uma rotina burocrática, podendo contribuir para a consolidação de um ambiente cirúrgico mais seguro (WHO, 2013).

É essencial desenvolver um trabalho contínuo de monitoramento e aprimoramento na utilização do CL, avaliando sua aplicação regularmente. Caso necessário, ajustes no conteúdo devem ser feitos para fortalecer o processo de implementação e otimizar o desempenho da equipe, sem abrir mão do que é preconizado pela OMS como itens obrigatórios (KAMAL et al., 2025).

Nesse contexto, embora os achados deste estudo contribuam para a compreensão das práticas relacionadas ao uso do CL em voz alta, é importante reconhecer algumas limitações que podem influenciar a interpretação dos resultados. Por se tratar de uma investigação de delineamento transversal, realizada em um único momento, não foi possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas, apenas associações. Essa característica metodológica restringe a interpretação dos resultados, uma vez que não permite inferir se a aplicação do CL em voz alta influencia diretamente nos desfechos relacionados à segurança do paciente.

Outra limitação está relacionada à possibilidade de viés de observação. A coleta de dados por meio da presença do pesquisador no centro cirúrgico pode ter induzido mudanças comportamentais na equipe, resultando em maior adesão ao CL durante o período observado em comparação à prática habitual (SPENCER; MAHTANI, 2017).

Além disso, a análise foi conduzida em um hospital público de ensino, o que restringe a generalização dos achados para outras instituições com características organizacionais e culturais distintas. Considera-se que diferenças estruturais, de recursos humanos e de protocolos institucionais podem impactar diretamente na aplicabilidade dos resultados em outros cenários.

Durante a análise dos registros, verificou-se que alguns itens do CL foram classificados como “não se aplica”. Tal resultado evidencia a heterogeneidade dos procedimentos cirúrgicos, considerando que determinadas etapas não possuem aplicabilidade universal em todos os contextos clínicos. Itens como a demarcação de lateralidade, a confirmação verbal do nome e do procedimento em pacientes não responsivos, ou ainda a necessidade de comprovação de reserva sanguínea ilustram essa particularidade.

Apesar dessas limitações, os resultados contribuem para a compreensão das práticas relacionadas à segurança do paciente cirúrgico e ressaltam a importância de estratégias institucionais que promovam a adesão sistemática ao CL. Ao trazer dados observacionais que revelam uma lacuna entre o preenchimento do instrumento e sua aplicação real na prática cirúrgica, a pesquisa contribui para o avanço do conhecimento sobre a realidade de aplicação do CL e fornece subsídios concretos para gestores e equipes cirúrgicas refletirem sobre estratégias de melhoria. Assim, este estudo fortalece a discussão sobre a segurança do paciente no contexto perioperatório e aponta caminhos para o desenvolvimento de ações educativas e institucionais que promovam uma cultura mais efetiva de utilização

7 CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar a conformidade da aplicação do CL de cirurgia segura em um hospital público de ensino de Minas Gerais, evidenciando baixo percentual de adesão global e redução progressiva ao longo dos três momentos cirúrgicos. Observou-se que a execução verbal, central para a efetividade da ferramenta, foi significativamente inferior ao registro documental, reforçando que o CL ainda é frequentemente tratado como instrumento burocrático, e não como estratégia de comunicação e prevenção de eventos adversos.

Como destacado no estudo, para que o CL cumpra seu propósito, é necessário investir em estratégias educativas permanentes, treinamentos com simulação realística, auditorias regulares com *feedback* imediato e fortalecimento da cultura de segurança do paciente, promovendo o engajamento multiprofissional e a comunicação aberta e horizontal entre os membros da equipe cirúrgica.

Como perspectiva futura, destacam-se, pesquisas que aprofundem a investigação sobre as razões da baixa adesão à comunicação em voz alta durante a aplicação do CL, avaliar a adaptação para diferentes especialidades cirúrgicas e analisar o impacto da participação ativa da Enfermagem na redução de eventos adversos, e no aprimoramento de protocolos institucionais para fortalecer a cultura de segurança do paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2016**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-no-15.pdf>

ARAÚJO, M. de C. S. et al. Desafios dos enfermeiros que atuam em centro de material e esterilização: revisão integrativa. **Revista De Enfermagem Da UFJF**, v. 8, n. 1, 2023.

BÄHR, G. L.; MOTTA FILHO, G. R. Impacto da campanha “Considere o Risco”, da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, na percepção do risco e na utilização do checklist cirúrgico por ortopedistas brasileiros. **Rev Bras Ortop**, v. 56, n. 2, p. 218-223, 2021.

BARROS, A. C. S. et al. Uso do checklist de cirurgia segura em uma maternidade-escola cearense. **REV. SOBECC**, São Paulo. v. 28:E2328902, 2023.

BIFFL, W. L. et al. Suboptimal compliance with surgical safety checklists in Colorado: A prospective observational study reveals differences between surgical specialties. **Patient Saf Surg**. 9(1):5, 2015.

COUTO, R. et al. II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)**, 2018.

DA SILVA, C. C. et al. Fatores que influenciam a adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica. **REV. SOBECC**, São Paulo. v. 26, n. 4, p. 212-219, out./dez. 2021.

DIRIE, N. I. et al. Implementation of the WHO surgical safety checklist in selected hospitals: evaluation of impact on surgical safety practices. **Patient Safety in Surgery**, v. 18, n. 30, 2024.

DOS SANTOS, T. C. V. et al. Checklist de cirurgias seguras: percepção da equipe de saúde. **Rev. enferm. UERJ** [Internet], v. 30, n. 1:e63231, 2022.

FARIAS, T. S. et al. Atuação da Enfermagem no centro cirúrgico e sua relevância na operação segura: um estudo de revisão. **Ciências da Saúde**, v. 28, n. 132, mar. 2024.

GAMA, C. S.; BACKMAN, C.; OLIVEIRA, A. C. Impacto do uso do checklist cirúrgico e completude em complicações e mortalidade em cirurgias colorretais de urgência. **Rev Col Bras Cir**. 48:e20213031, 2022.

GILES, T. et al. Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an

observational study. **ANZ Journal of Surgery**, v. 87, n. 12, p. 971-975, 2017.

GILLESPIE, B. M. et al. Evaluation of a patient safety programme on surgical safety checklist compliance. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 1-2, p. 216-224, 2018.

GONG, J. et al. A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations. **Medicine**, v. 100, n. 30:e26731, 2021.

GUL, F. et al. Surgical safety checklist compliance: The clinical audit. **Ann Med Surg**. Londres, v. 19, n. 81:104397, ago. 2022.

HABTIE, T. E. et al. Beyond compliance: examining the completeness and determinants of adherence to the World Health Organization surgical safety checklist – a systematic review and meta-analysis. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 1, p. 1-15, 2025.

HARRISON, R., WALTON, M. A qualitative study of patients' experiences of adverse events in Australian hospitals: the importance of communication. **BMJ Open**, v. 8, n. 9, e020822, 2018.

HAYNES, A. B., et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.

INSTITUTO DE MEDICINA (IOM). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.

KAMAL, K. et al. Ensuring Safe Surgery: A Closed-Loop Audit of the WHO Surgical Safety Checklist Practices. **Cureus**. v. 17, n. 6:e85868, 2025.

LEITE, G. R. et al. Checklist de cirurgia segura: avaliação em uma região neotropical. **Rev Col Bras Cir**, 48:e20202710, 2021.

MAFRA, C. R.; RODRIGUES, M. C. S. Lista de verificação de segurança cirúrgica: uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. **Rev Fund Care Online**. v.10, n. 1, p. 268-275, 2018.

MARQUIONI, F. S. do N., et al. Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino. **Revista SOBECC**, v. 24, n. 1, p. 22-30, 2019.

MOGESSIE, Y. et al. The WHO surgical safety checklist for cesarean section in an Ethiopian teaching hospital: a prospective cross-sectional study. **International Journal of Surgery: Global Health**. v. 7, n. 6:e00504, nov. 2024.

MONTEIRO, A. O. et al., A importância do checklist de cirurgia segura para evitar agravos ao paciente. **Revista FT**. v. 28, n. 139, out. 2024.

OHAGWU, I. C. et al. Evaluation of compliance and utilization of the World Health Organization surgical safety checklist at the Lagos University Teaching Hospital: A

cross-sectional study. **Journal of Clinical Sciences**, v. 22, n. 2, p 75-81, jun. 2025.

PAGE, B. M. et al. Anchoring the sign-out phase of the Surgical Safety Checklist to emergence from anesthesia: a proof-of-concept quality-improvement study. **Can J Surg**. v. 68, n. 3, E182-189, 2025.

PEDRADA, L. D. S. et al. Uso da simulação realística in situ na segurança da equipe de enfermagem no contexto cirúrgico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, p. 1-8, 2021.

PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Surgical safety in pediatrics: practical application of the pediatric surgical safety checklist. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 23, n. 6, p. 1105-1112, 2015.

PITTS, S. R., et al. Factors influencing implementation of surgical safety checklists. **Journal of Patient Safety**, v. 13, n. 3, p. 139-145, 2017.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentals of Nursing**. 10th ed. Elsevier, 2020.

POVEDA, V. B. et al. Implementação de checklist de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. **Rev Bras Enferm**. v. 74, n. 2:e20190874, 2021.

RABÊLO, P. P. C. et al. Enfermagem e a aplicação da lista de cirurgia segura: uma revisão integrativa. **REV. SOBECC**, São Paulo. v.27: E2227856, 2022.

RIBEIRO, A. L.; CASSIANI, S. H. D. Cultura de segurança e trabalho colaborativo no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1520-1527, 2019.

RIBEIRO, K. R. A. et al. A importância da enfermagem no uso da lista de verificação de cirurgia segura. **Connection Line Rev Eletrônica UNIVAG**. v. 17, 2017.

RIBEIRO, L. **Adesão e efeito do checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos entre pacientes cirúrgicos**. Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

RIBEIRO, L. et al. Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Rev. Col. Bras. Cir**. v. 46, n. 5, 2019.

RINALDI, L. C. et al. Adesão ao checklist de cirurgia segura. **REV. SOBECC**, São Paulo. v. 24, n. 4, p. 185-192, out/dez 2019.

ROCHA, R. C. et al. Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55:e03774, 2021.

RODRIGUES, M. C., et al. Efficacy of the WHO surgical checklist in reducing surgical complications. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 15-16, p. 2932-2941, 2020.

RÖHSIG, V. et al. Quality improvement strategy to enhance compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist in a large hospital: Quality improvement study. **Ann Med Surg**, v. 11, n. 55, p. 19-23, 2020.

SCHWENDIMANN, R. et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. **Patient Saf Surg**, 12;13:14, mar. 2019.

SILVA, E. F. M, et al. Conhecimento dos Profissionais da saúde sobre Checklist de Cirurgia Segura. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 24, n. 3, p. 71-78, 2017.

SILVA, P. H. A. et al. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. **Rev Col Bras Cir.**, 47:e20202429, 2020.

SOUZA, A. P. M. Avaliação da implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Gep News**, v. 7, n. 2, p. 179–187, 2023.

SOUZA, M. F., et al. Adherence to the WHO Surgical Safety Checklist in Brazilian hospitals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1531-1538, 2019.

SPENCER, E. A.; MAHTANI, K. Hawthorne effect. *Catalogue Of Bias*, 2017.

STORESUND, A. et al. Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial. **JAMA Surg**, v. 155, n. 7, p. 562-570, jul. 2020.

TOTI, I. C. C. et al. Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura. **J. nurs. health**. v. 10, n. 1, 2020.

TREVILATO, D. D. et al. Atividades do enfermeiro de centro cirúrgico no cenário brasileiro: scoping review. **Acta Paul Enferm**. 36:eAPE01434, 2023.

TULLY, P. A., et al. Improving the WHO Surgical Safety Checklist sign-out. **BJS Open**. v. 5, n. 3:zrab028, mai. 2021.

VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 12, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www-who-int.translate.google/publications/i/item/9789240032705?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety: safe surgery saves lives** [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/safe-surgery-saves-lives-frequently-asked-questions>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe Surgery Saves Lives: The**

Second Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO Press, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Patient Safety Day.** 2019. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019>.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

1. Dados de identificação: Nº do formulário de coleta: _____ Data da coleta: ____/____/____ Horário: ____:____ horas Responsável pela coleta: () pesquisador 1 () pesquisador 2 Nº do prontuário: _____	2. Informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico: Tipo de anestesia: () local () sedação () regional () geral () combinada Início da cirurgia: ____:____ Horas Término da cirurgia: ____:____ Horas Classificação quanto à urgência: () Eletiva () Emergência Especialidade: _____
--	---

3. Aplicação do checklist de cirurgia segura Observação: Assinalar com um X nas colunas abaixo de acordo com a observação da checagem de cada item da verificação de segurança. Assinalar com NA (não se aplica) para itens que não se aplicam ao procedimento observado.
--

1º MOMENTO – Antes da indução anestésica				
Item de confirmação	Checagem verbal		Registro no prontuário	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Paciente confirmou idade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento				
2. Sítio cirúrgico demarcado				
3. Equipamento de anestesia checado				
4. Oxímetro de pulso na paciente funcionando				
5. Paciente possui alergia				
6. Paciente possui via aérea difícil/risco de aspiração				
7. Risco de perda sanguínea > 500ml				
8. Sangue disponível				
	Total de itens checados verbalmente:		Total de itens registrados no prontuário:	

2º MOMENTO – Antes da incisão cirúrgica				
Item de confirmação	Checagem verbal		Registro no prontuário	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Todos os membros da equipe confirma seu nome e profissão				
2. Equipe confirmou a identificação do paciente, local da cirurgia e procedimento				
3. Cirurgião confirmou passos críticos, duração estimada e possível perda sanguínea				
4. Anestesista confirmou preocupações específicas				
5. Enfermagem confirmou materiais e equipamentos				
6. Confirmação da profilaxia antimicrobiana				
7. Disponibilidade dos exames de imagem				
	Total de itens checados verbalmente:		Total de itens registrados no prontuário:	

3º MOMENTO – Antes do paciente sair da sala de cirurgia				
Item de confirmação	Checagem verbal		Registro no prontuário	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Confirmado procedimento realizado				

2. Contagem de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas				
3. Identificação da amostra para anatomia patológica				
4. Problemas com equipamentos				
5. Revisão das preocupações essenciais para recuperação do paciente				
6. Equipamento de anestesia checado				
Total de itens checados verbalmente:			Total de itens registrados no prontuário:	

Total de itens confirmados verbalmente: _____	Total de itens registrados no prontuário: _____
---	---

Observações relevantes:

ANEXO A – CHECKLIST PADRÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
<p>O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O local está marcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O doente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e equipamento/assistência acessível</p> <p>Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e : 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada Tipagem e sangue disponível</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão</p> <p>A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>A profilaxia tromboembólica foi administrada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Antecipação de eventos críticos</p> <p>O cirurgião enuncia em voz alta</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são os passos críticos ou fora da rotina</p> <p><input type="checkbox"/> O tempo planeado para o caso</p> <p><input type="checkbox"/> Qual a perda de sangue prevista</p> <p>O Anestesista enuncia em voz alta</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação específica com o doente?</p> <p>A equipa de enfermagem enuncia em voz alta</p> <p><input type="checkbox"/> A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?</p> <p><input type="checkbox"/> Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?</p> <p>Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não Aplicável</p>	<p>O enfermeiro confirma verbalmente</p> <p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes</p> <p><input type="checkbox"/> A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)</p> <p><input type="checkbox"/> Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver</p> <p>O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam</p> <p><input type="checkbox"/> Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente</p>

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009

© WHO, 2009

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aplicação do checklist de cirurgia segura em voz alta: uma análise da adequação do uso da ferramenta.

Pesquisador: LUCIANE RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86548025.7.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.500.360

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 2495287.pdf, de 21/02/2025).

Introdução:

Com o progresso tecnológico e o aperfeiçoamento da atenção à saúde, a assistência cirúrgica tornou-se uma intervenção com consideráveis possibilidades, amplitude de acesso e alta complexidade, mas passível de erro (MAFRA & RODRIGUES, 2018). Muitas vezes a cirurgia é o único tratamento que pode aliviar as incapacidades, dar resolução às enfermidades, cura de doenças e redução da morbimortalidade (FARIA et al., 2022). Todavia, a falha de segurança nos procedimentos cirúrgicos pode causar consideráveis danos ao paciente e implicações significativas para a saúde pública (BRASIL, 2013). De acordo com a OMS, todo ano dezenas de milhões de pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morte por efeito da assistência inadequada à saúde, e metade das complicações pós-operatórias é considerada evitável mundialmente. Apesar dos avanços na atenção cirúrgica, os EA ocorridos no período perioperatório chegam a 3%, sendo mais da metade tida como evitável (OMS, 2009). No ano de 2004, com a finalidade de melhorar a segurança do paciente, a OMS desenvolveu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Lançado no ano de 2008, o segundo Desafio Global,

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br