



**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIELLE MEDEIROS DE LIMA

**EXECUÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA:
ADESÃO, CONFORMIDADE E IMPACTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE**

JOÃO PESSOA – PB

2026

**EXECUÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA:
ADESÃO, CONFORMIDADE E IMPACTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE**

ADRIELLE MEDEIROS DE LIMA

Trabalho de Conclusão de Curso entregue à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Me. Paulo Emanuel Silva

JOÃO PESSOA– PB

2026

ADRIELLE MEDEIROS DE LIMA

**EXECUÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA:
ADESÃO, CONFORMIDADE E IMPACTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Adrielle Medeiros de Lima, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Paulo Emanuel Silva

Prof. Ma. Ilana Vanina Bezerra de Souza

Prof. Ma. Amanda Benicio da Silva

RESUMO

A segurança do paciente no ambiente cirúrgico constitui um desafio persistente na assistência à saúde. O Checklist de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) é reconhecido como ferramenta essencial para reduzir eventos adversos, porém sua efetividade depende da adesão e da qualidade de sua implementação. Este estudo objetivou analisar a execução do Checklist de Cirurgia Segura por enfermeiros em centros cirúrgicos de João Pessoa-PB, verificando o conhecimento, adesão, conformidade, barreiras e impactos na segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa, com aplicação de questionário online a 88 enfermeiros atuantes em centros cirúrgicos. Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelo CEP, sob CAAE: 95913026.3.0000.5179. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. Os resultados revelaram elevado nível de conhecimento teórico (98,86% identificaram corretamente as três etapas) e alta taxa de treinamento prévio (93,18%). A adesão autodeclarada à aplicação integral do checklist foi elevada (97,73% “sempre” ou “frequentemente”). No entanto, os participantes identificaram barreiras, principalmente a sobrecarga de trabalho (90,91%) e a falta de engajamento multiprofissional. Mais da metade dos enfermeiros (52,27%) relatou ter conhecimento de incidentes de segurança relacionados à execução inadequada do checklist, destacando-se erros de lateralidade e de identificação do paciente. Conclui-se que, apesar da boa percepção de adesão, persistem desafios para a execução qualificada do instrumento. Os achados reforçam a necessidade de treinamentos contínuos, maior envolvimento da equipe cirúrgica e fortalecimento da cultura de segurança institucional.

Palavras-chave: Checklist de cirurgia segura; Segurança do paciente; Adesão; Conformidade; Enfermagem; Centro cirúrgico.

ABSTRACT

Patient safety in the surgical environment remains a persistent challenge in healthcare. The World Health Organization (WHO) Surgical Safety Checklist is recognized as an essential tool for reducing adverse events; however, its effectiveness depends on adherence and the quality of its implementation. This study aimed to analyze the implementation of the Surgical Safety Checklist by nurses in surgical centers in João Pessoa, Paraíba, Brazil, assessing knowledge, adherence, compliance, barriers, and impacts on patient safety. This is a quantitative descriptive study conducted through an online questionnaire administered to 88 nurses working in surgical centers. Data were collected after approval of the project by the Research Ethics Committee under CAAE: 95913026.3.0000.5179. Data analysis was performed using descriptive statistics. The results revealed a high level of theoretical knowledge (98.86% correctly identified the three stages) and a high rate of prior training (93.18%). Self-reported adherence to the full application of the checklist was high (97.73% reported “always” or “frequently” using it). However, participants identified barriers, mainly workload overload (90.91%) and lack of multiprofessional engagement. More than half of the nurses (52.27%) reported awareness of safety incidents related to inadequate checklist implementation, particularly wrong-site surgery and patient identification errors. It is concluded that, despite the positive perception of adherence, challenges to the qualified execution of the instrument still persist. The findings reinforce the need for continuous training, greater involvement of the surgical team, and strengthening of the institutional safety culture.

Keywords: Surgical safety checklist; Patient safety; Adherence; Nursing; Surgical center.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que estiveram comigo durante essa caminhada, apoiando-me, incentivando-me e torcendo por mim em cada etapa dessa trajetória. Este momento não seria possível sem o carinho, a força e a presença de cada um de vocês.

À minha família, expresso minha profunda gratidão por todo o amor, compreensão e apoio ao longo desses anos. Em especial, à minha mãe, que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis e jamais deixou de acreditar em mim. Ao meu pai, que infelizmente não está aqui para presenciar este momento, mas que foi uma das pessoas que mais me incentivou a seguir meus sonhos e a escolher o caminho que trilho hoje. Sei que, de alguma forma, ele continua comigo, e carrego comigo todo o amor, os ensinamentos e o apoio que me proporcionou.

Também agradeço às minhas amigas do ensino médio, que há sete anos fazem parte da minha vida, acompanhando-me não apenas durante a faculdade, mas em todos os momentos. Obrigada pela amizade, pela permanência, pelo apoio constante e pelas palavras de incentivo ao longo dessa jornada.

Por fim, agradeço a todos que fizeram parte dessa trajetória e que continuam torcendo por mim. Cada gesto de apoio, carinho e incentivo foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros (n=88)	22
QUADRO 2 – Adesão e execução do Checklist de Cirurgia Segura (n=88)	23

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo do Checklist de Cirurgia Segura da OMS (2009)	17
FIGURA 2 – Distribuição por gênero dos Participantes.....	24
FIGURA 3 – Tempo de experiência em centro cirúrgico	24
FIGURA 4 – Frequência de aplicação integral do Checklist	25
FIGURA 5 – Incidentes de segurança relacionados à falha no Checklist	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.2 Objetivo	11
1.2.1 Objetivo Geral.....	8
1.2.2 Objetivos Específicos	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Segurança do paciente: conceitos e relevância no contexto hospitalar	10
2.2 O ambiente cirúrgico como área crítica de risco.	11
2.3 Checklist de Cirurgia Segura: origem, estrutura e importância.....	13
3 METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Tipo de estudo	16
3.2 Local do estudo	16
3.3 População e amostragem	16
3.4 Instrumentos de coleta	17
3.4.1 Questionário on-line (Google Forms)	17
3.4.2 Análise dos dados	17
3.5 Aspectos éticos	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo. Estima-se que milhões de pessoas sejam expostas a eventos adversos evitáveis anualmente, muitos deles relacionados a procedimentos cirúrgicos (OMS, 2009).

De acordo com Silva et al. (2021), o ambiente cirúrgico é considerado de alto risco, pois envolve múltiplas etapas interdependentes, diferentes profissionais e recursos tecnológicos sofisticados, o que aumenta a probabilidade de falhas.

Nesse contexto, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), com a intenção de identificar os itens mais importantes que possam ocasionar riscos. Em 2006, foram lançadas as 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente, visando destacar as áreas problemáticas na assistência à saúde, a fim de reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir um padrão que pode ser utilizado de forma única e integrada.

Assim, a segurança do paciente tornou-se uma prioridade global nas últimas décadas, principalmente no ambiente cirúrgico, em que erros podem resultar em desfechos adversos graves e até fatais. Em 2008, a OMS lançou o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que incluiu a criação do Checklist de Cirurgia Segura como ferramenta essencial para reduzir riscos relacionados a erros de identificação, lateralidade incorreta, falhas no preparo e complicações anestésicas (OMS, 2009).

Ressalta-se que a aplicação do checklist nas instituições de saúde reduz o número de complicações pós-operatórias, como infecções de sítio cirúrgico, reoperação e taxas de mortalidade associadas aos procedimentos cirúrgicos. Além disso, proporciona um aumento positivo na conformidade com a profilaxia antibiótica e diminui a ocorrência de erros decorrentes de falhas de comunicação entre a equipe.

No Brasil, a adesão ao checklist foi reforçada pela publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013, instituído pela Portaria MS/GM nº 529/2013, que incorporou o uso dessa ferramenta como medida obrigatória em instituições de saúde (BRASIL, 2013).

A correta execução do checklist de cirurgia segura está diretamente associada a maior adesão e conformidade por parte da equipe multiprofissional, impactando positivamente na redução de riscos e na promoção da segurança do paciente cirúrgico.

Apesar de sua relevância, a adesão e a conformidade ao checklist ainda enfrentam

desafios, incluindo resistência por parte das equipes, falta de treinamento, sobrecarga de trabalho e percepções equivocadas sobre sua utilidade. Para Rodrigues et al. (2020); Santos e Oliveira (2023), na maioria das vezes, o checklist é realizado de forma incompleta ou apenas como cumprimento burocrático, comprometendo sua efetividade.

Portanto, essas lacunas podem comprometer a eficácia do instrumento, reduzindo seu potencial impacto na prevenção de eventos adversos, como cirurgias em local errado, procedimentos incorretos, retenção de corpos estranhos e complicações anestésicas.

Dessa forma, analisar a execução do checklist no centro cirúrgico permite compreender o grau de adesão dos profissionais, a conformidade em relação às recomendações da OMS e os impactos sobre a segurança do paciente. Esse tipo de investigação contribui não apenas para a melhoria da prática assistencial, mas também para o fortalecimento da cultura de segurança em saúde. Diante dessa contextualização e de um interesse pessoal sobre a especialização dentro da cirurgia, surge a seguinte questão norteadora: Quais são os fatores que influenciam as dificuldades e a adesão da equipe cirúrgica ao checklist de cirurgia segura e os impactos que pode causar aos pacientes em ambientes hospitalares? Diante desta contextualização, foram traçados os seguintes objetivos:

1.2 OBJETIVOS:

1.2.1 Objetivo Geral

Averiguar a execução do checklist de cirurgia segura por enfermeiros de centros cirúrgicos de hospitais da Cidade de João Pessoa - Paraíba.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Verificar dificuldades relacionadas à enfermagem quanto ao preenchimento de cada etapa;
- Verificar a adesão e conformidade da execução do checklist em relação às recomendações da OMS;
- Relacionar a execução inadequada do checklist com incidentes de segurança no centro cirúrgico.

1 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Segurança do paciente: conceitos e relevância no contexto hospitalar

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em

saúde (OMS, 2009). Esse conceito pressupõe que o cuidado prestado deve buscar prevenir incidentes e falhas que possam causar prejuízos físicos, psicológicos ou sociais aos indivíduos durante a assistência.

Em outras palavras, trata-se de um princípio ético e técnico que visa garantir que o paciente receba cuidados eficazes, livres de riscos evitáveis e baseados em práticas seguras (Silva *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas, a segurança do paciente tornou-se um dos principais desafios dos sistemas de saúde em todo o mundo. Estima-se que milhões de pessoas sofram anualmente eventos adversos evitáveis durante o atendimento hospitalar, como erros de medicação, infecções relacionadas à assistência, quedas, úlceras por pressão e eventos cirúrgicos adversos (Villar; Duarte; Martins, 2020).

De acordo com a OMS (2017), aproximadamente uma em cada dez internações hospitalares resulta em algum tipo de dano ao paciente, e cerca de 50% desses eventos poderiam ser prevenidos com a adoção de medidas de segurança adequadas.

Ressalta-se que o ambiente hospitalar é considerado um espaço de alta complexidade, no qual diferentes profissionais, tecnologias e processos interagem continuamente, o que aumenta a probabilidade de falhas em diversas etapas do cuidado. A multiplicidade de intervenções, a sobrecarga de trabalho e a comunicação ineficaz entre os membros da equipe são fatores frequentemente associados à ocorrência de incidentes (Araújo *et al.*, 2016). Assim, compreender e aprimorar a cultura de segurança dentro das instituições é fundamental para garantir a qualidade assistencial e reduzir riscos aos pacientes.

No Brasil, a segurança do paciente ganhou maior destaque a partir da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde. O programa estabeleceu diretrizes para a implantação de protocolos assistenciais obrigatórios nas instituições de saúde, entre eles o Protocolo de Cirurgia Segura, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Prevenção de Quedas (BRASIL, 2013). Essas medidas visam padronizar as práticas, reduzir variações no cuidado e promover uma cultura institucional voltada para a segurança e a qualidade.

A relevância da segurança do paciente no contexto hospitalar também se reflete na relação direta com a qualidade do cuidado. De acordo com Silva *et al.* (2016), garantir a segurança é parte essencial do conceito de qualidade, sendo impossível oferecer assistência de excelência sem minimizar riscos e danos. Para os autores, uma assistência segura envolve a implementação de processos contínuos de monitoramento, capacitação profissional, avaliação de resultados e notificação de eventos adversos.

Além disso, a cultura de segurança do paciente está fortemente relacionada à postura da equipe de saúde. Estudos demonstram que instituições que incentivam o diálogo aberto, a notificação de erros sem punição e o trabalho colaborativo entre as equipes alcançam melhores resultados assistenciais (Silva *et al.* 2019). Nesse sentido, a liderança exercida por enfermeiros, médicos e gestores hospitalares é fundamental para criar um ambiente de confiança, aprendizagem e responsabilidade compartilhada.

A Enfermagem, por sua natureza assistencial e presença contínua junto ao paciente, desempenha papel central na promoção da segurança hospitalar. O enfermeiro atua como elo entre os diferentes profissionais e é responsável pela supervisão de procedimentos, pela comunicação efetiva entre a equipe e pelo cumprimento dos protocolos institucionais. Segundo Sousa e Farias (2021), a participação ativa do enfermeiro em comissões de segurança do paciente e em ações educativas é essencial para consolidar práticas seguras e fortalecer a cultura de qualidade no ambiente hospitalar.

Portanto, a segurança do paciente deve ser compreendida como um eixo estruturante da assistência em saúde. Mais do que evitar erros, trata-se de adotar uma abordagem sistêmica que identifique riscos, implemente medidas preventivas e promova a melhoria contínua dos processos. No contexto hospitalar, e especialmente no centro cirúrgico, a aplicação rigorosa de protocolos como o Checklist de Cirurgia Segura representa não apenas uma exigência normativa, mas um compromisso ético com a vida e a integridade do paciente. Assim, estudar a execução, a adesão e a conformidade dessa ferramenta contribui para consolidar práticas seguras e reduzir eventos adversos, reforçando a importância da segurança como componente essencial da qualidade do cuidado.

2.2 O ambiente cirúrgico como área crítica de risco

O centro cirúrgico é reconhecido como uma das áreas mais complexas e vulneráveis do ambiente hospitalar. Nele se concentram procedimentos invasivos que exigem precisão técnica, integração entre múltiplos profissionais e o uso intensivo de tecnologias avançadas. Essa combinação de fatores torna o ambiente propício à ocorrência de falhas, reforçando a necessidade de uma abordagem sistemática de segurança e gestão de riscos. De acordo com Motta Filho *et al.* (2013), mesmo após mais de uma década da criação do Checklist de Cirurgia Segura pela Organização Mundial da Saúde (OMS), muitos profissionais ainda apresentam desconhecimento parcial sobre sua correta aplicação, o que evidencia lacunas no treinamento e na cultura de segurança dentro das instituições de saúde.

Segundo Ferorelli *et al.* (2022), a complexidade do ambiente cirúrgico envolve tanto

fatores estruturais quanto humanos e organizacionais. Equipamentos inapropriados, iluminação inadequada, número reduzido de profissionais e sobrecarga de trabalho são elementos que comprometem a segurança e a eficiência do cuidado. Os autores destacam que a adesão ao checklist da OMS pode aumentar de forma eficaz quando os profissionais recebem capacitações curtas e objetivas, demonstrando que a formação continuada tem impacto direto sobre a prevenção de eventos adversos.

Além disso, falhas de comunicação entre os membros da equipe cirúrgica são apontadas como uma das principais causas de incidentes e erros evitáveis durante o procedimento. Conforme Motta Filho *et al.* (2013), cerca de 25% dos eventos adversos relatados por ortopedistas brasileiros estavam relacionados a falhas de comunicação ou omissão de informações cruciais. A aplicação do checklist em etapas bem definidas, “sign in” (antes da anestesia), “time out” (antes da incisão) e “sign out” (antes da saída da sala operatória), permite que a equipe valide informações essenciais, reforce o alinhamento das condutas e minimize equívocos durante a cirurgia.

De acordo com Maziêro *et al.* (2015), a adesão ao uso do checklist é uma estratégia essencial para consolidar a cultura de segurança do paciente, uma vez que incentiva a comunicação aberta, a cooperação multiprofissional e o senso de responsabilidade coletiva. Em estudo dos autores em foco, foi demonstrado que instituições que monitoram sistematicamente o cumprimento do checklist apresentam menores taxas de complicações e mortalidade pós-operatória. Assim, o centro cirúrgico não deve ser visto apenas como um espaço técnico, mas como um ambiente de interações humanas e processos organizacionais que precisam ser gerenciados de forma integrada.

Wyss *et al.* (2023) complementam essa visão ao afirmarem que a efetividade do checklist depende não apenas da sua implementação, mas da qualidade de sua execução. Quando realizado de forma mecânica, sem envolvimento real da equipe, o instrumento perde seu valor preventivo. Por outro lado, quando utilizado de maneira participativa e reflexiva, transforma-se em uma ferramenta poderosa para reduzir falhas, promover aprendizado institucional e fortalecer a cultura de segurança.

Portanto, compreender o centro cirúrgico como uma área crítica de risco significa reconhecer que a segurança do paciente depende da interação harmônica entre estrutura, processos e pessoas. A implementação adequada do checklist da OMS, associada ao treinamento contínuo e ao fortalecimento da cultura organizacional, representa uma estratégia eficaz para reduzir complicações cirúrgicas, aprimorar a comunicação e garantir uma assistência centrada na segurança e na qualidade do cuidado.

2.3 Checklist de Cirurgia Segura: origem, estrutura e importância

O Checklist de Cirurgia Segura foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008, como parte do programa “Safe Surgery Saves Lives”, que integra a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O principal objetivo dessa iniciativa é reduzir a mortalidade e as complicações associadas a procedimentos cirúrgicos em todo o mundo, por meio da padronização de práticas seguras e da melhoria da comunicação entre as equipes multiprofissionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Segundo Haynes *et al.* (2009), a introdução do checklist representou um marco global na cultura de segurança cirúrgica. Em estudo multicêntrico conduzido pela OMS em oito hospitais de diferentes países, observou-se que a aplicação correta do checklist reduziu a taxa de mortalidade cirúrgica de 1,5% para 0,8%, e as complicações maiores de 11% para 7%. Esses dados reforçam o impacto direto dessa ferramenta na melhoria dos desfechos clínicos e na padronização da assistência operatória.

O checklist é estruturado em três momentos fundamentais que correspondem às etapas críticas do processo cirúrgico:

1. Sign In (antes da anestesia) — fase em que são confirmados a identidade do paciente, o procedimento, o local da cirurgia e as condições de segurança anestésica;
2. Time Out (antes da incisão) — momento de pausa em que toda a equipe revisa o plano cirúrgico, assegura o funcionamento dos equipamentos e discute possíveis riscos;
3. Sign Out (antes da saída da sala) — etapa de encerramento, na qual são verificados materiais, instrumentais e amostras, além da comunicação de aspectos relevantes para o pós-operatório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Figura 1 – Modelo do Checklist de Cirurgia Segura da OMS (2009).

NOME DO PACIENTE: _____ **PESO:** _____ **IDADE:** _____ **DATA:** ___/___/___ **SALA:** () I () II () III

CIRURGIA: () Eletrocoagulação verruga () Retirada de pele e anexos () Biópsia incisional ou excisional () Drenagem de abscessos
 () Excisão de unha encravada () Retirada de corpo estranho () Outros: _____

Local: _____ Evento adverso () não () sim, qual: _____

ALUNO RESPONSÁVEL PELO CHECK-LIST: _____ **SUPERVISOR:** _____

Cirurgião: _____ Anestesista: _____ Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ Pré-Op: _____ Pós-Op: _____

Administrativo: _____ Téc. Enfermagem: _____ Nº Prontuário: _____ CID: _____

ANTES DE INICIAR O PROCEDIMENTO	DURANTE O PROCEDIMENTO	ANTES DE LIBERAR O PACIENTE
<p>PACIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMOU O LOCAL CIRÚRGICO</p> <p><input type="checkbox"/> ASSINOU O TCLE</p> <p>ALERGIA</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>ANESTESIA: CONTRAINDIÇÃO AO USO DE VASODILATADOR</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>PRESSÃO ARTERIAL: ___/___ mmHg</p> <p>MATERIAL DISPONÍVEL E EM FUNCIONAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> CAUTÉRIO</p> <p><input type="checkbox"/> EPI</p>	<p><input type="checkbox"/> TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM COM NOME E FUNÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> REVISADOS OS PONTOS CRÍTICOS DO PROCEDIMENTO</p> <p>MATERIAL PARA BIÓPSIA IDENTIFICADOS E EM RECIPIENTE ADEQUADO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>HOUE ALGUMA INTERCORRÊNCIA DURANTE O PROCEDIMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p><input type="checkbox"/> DESCRIÇÃO CIRÚRGICA REALIZADA</p> <p>SOLICITADO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO APLICÁVEL</p> <p>SOLICITADO RETORNO EM 7 DIAS</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p>ORIENTADO SINAIS DE ALARME</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p>RECEITA ENTREGUE AO PACIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p>

Fonte: World Health Organization. Safe Surgery Saves Lives. Geneva: WHO, 2009.

De acordo com Wyss *et al.* (2023), a principal função do checklist é promover uma comunicação estruturada e multidisciplinar, evitando omissões e erros decorrentes de falhas de interação entre os profissionais. Ao estimular a participação ativa de todos os membros da equipe (cirurgiões, anestesistas e enfermeiros), o instrumento contribui para criar um ambiente de cooperação e corresponsabilidade no cuidado.

No Brasil, a adoção do checklist foi institucionalizada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde. Esse programa determinou que todos os serviços hospitalares implementassem práticas de segurança alinhadas às recomendações internacionais, incluindo o uso obrigatório do checklist da OMS em procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2013).

Estudos mais recentes confirmam sua eficácia, a exemplo de Wyss *et al.* (2023), em que os autores destacam que a qualidade da aplicação do checklist é tão importante quanto a sua presença. Instituições que realizam o procedimento de forma superficial ou meramente burocrática não obtêm os mesmos resultados de redução de complicações. Por outro lado, quando o checklist é aplicado com engajamento, treinamento adequado e comunicação efetiva, observam-se melhorias na segurança do paciente e na integração das equipes.

Ferorelli *et al.* (2022) reforçam que o checklist não deve ser encarado como uma

simples lista de verificação, mas como um instrumento de cultura organizacional. Sua utilização contribui para transformar a rotina hospitalar, estimulando práticas colaborativas e ampliando a percepção de risco entre os profissionais. Assim, sua implementação adequada representa não apenas uma exigência normativa, mas um compromisso ético com a vida e a qualidade da assistência prestada.

Em síntese, o Checklist de Cirurgia Segura consolidou-se como uma das ferramentas mais eficazes de prevenção de eventos adversos no ambiente cirúrgico. Sua estrutura simples, aliada à capacidade de integrar equipes e padronizar condutas, faz dele um pilar fundamental da cultura de segurança hospitalar. O estudo de sua execução e adesão, portanto, é indispensável para compreender os desafios e avanços na busca por uma assistência cirúrgica mais segura, eficiente e humanizada.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. O componente quantitativo utilizou questionários on-line aplicados a profissionais que atuam em centros cirúrgicos para avaliar conhecimento, percepção, adesão autodeclarada e barreiras relativas ao Checklist de Cirurgia Segura.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada de forma on-line, utilizando a plataforma Google Forms como meio de coleta de dados. O público-alvo foi enfermeiros(as) que atuam em centros cirúrgicos de hospitais localizados na cidade de João Pessoa (PB), independentemente da instituição específica. Dessa forma, o estudo não se restringe a um hospital único, mas abrange profissionais de diferentes unidades públicas e privadas do município, o que possibilita uma visão mais ampla sobre a aplicação do Checklist de Cirurgia Segura em distintos contextos institucionais.

A escolha pela coleta on-line justifica-se pela viabilidade operacional, pelo baixo custo, e pela possibilidade de atingir maior número de participantes sem interferir na rotina hospitalar. O link do formulário foi disponibilizado/divulgado aos participantes por meio de canais digitais (e-mail, redes sociais, grupos profissionais de WhatsApp e redes institucionais), garantindo sigilo, anonimato e liberdade de resposta no momento mais conveniente ao profissional.

3.3 População e amostragem

A coleta de dados foi realizada exclusivamente por meio de formulário eletrônico (Google Forms) dirigido a enfermeiros que atuam em centros cirúrgicos de hospitais de João Pessoa (PB). O instrumento on-line inclui questões sociodemográficas, itens de conhecimento objetivo sobre o Checklist de Cirurgia Segura, escalas de percepção/atitude (Likert 5 pontos).

Optou-se por amostragem por conveniência, com meta de obtenção de 80–120 respostas válidas, por se tratar de método viável diante das rotinas assistenciais e da impossibilidade de acesso nominal completo do universo populacional em prazo adequado. O TCLE esteve presente no início do formulário, sendo obrigatório o aceite para prosseguir. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.4 Instrumentos de coleta

3.5.1 Questionário online (Google Forms)

O instrumento foi um questionário eletrônico autoaplicável organizado em seções: apresentação e TCLE; caracterização sociodemográfica e profissional; formação e treinamento sobre o checklist; conhecimento objetivo sobre o checklist; percepções e atitudes (escala Likert 5 pontos); adesão autodeclarada; barreiras percebidas; resposta aberta para sugestões.

O questionário foi pré-testado (piloto) com 10–15 profissionais para verificar compreensão, tempo de preenchimento e consistência. Após ajustes, o formulário ficou disponível para coleta por 3–4 semanas.

3.4.2 Análise dos dados

Os dados foram compilados e transcritos para um banco de dados a ser construído por meio do programa Excel, em computador próprio da pesquisadora, a qual também foi responsável pela análise destes. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva (números absolutos e percentuais). Após a análise, os resultados foram agrupados em tabelas e gráficos, onde foram discutidos de acordo com a literatura pertinente.

3.5 Aspectos éticos

Segundo Brasil (2013), a condução ética da pesquisa com seres humanos exige a observância dos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, conforme orienta a Resolução nº 466/2024 do CNS. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. Também foi observada a Resolução nº

564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reforça o compromisso ético dos pesquisadores com a integridade, a dignidade e a confidencialidade dos participantes.

O planejamento rigoroso da coleta de dados, incluindo o consentimento ético e a articulação com as instituições, é essencial para garantir a integridade metodológica da pesquisa (Martins *et al.*, 2021).

Quanto aos riscos, considera-se que a pesquisa apresentou risco mínimo, pois não envolveu intervenções clínicas diretas, limitando-se à aplicação de um questionário eletrônico autoaplicável. Entretanto, pode haver desconforto emocional ao relatar dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho, o que foi minimizado por meio de abordagem online em que o participante não será exposto e pela possibilidade de recusa ou interrupção da participação a qualquer momento, sem prejuízo ao participante.

Entre os benefícios, destaca-se a contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem na segurança do paciente. Os resultados poderão subsidiar ações de capacitação, padronização de procedimentos e fortalecimento da cultura de segurança do paciente, beneficiando não apenas os profissionais, mas também os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Esta pesquisa será conduzida em observância aos preceitos éticos estabelecidos pela Lei nº 14.874/2024 e pelo Decreto nº 12.651/2025, que instituem o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta e analisa os principais achados obtidos a partir das 88 respostas válidas coletadas junto a enfermeiros atuantes em centros cirúrgicos de João Pessoa-PB. A análise descritiva dos dados permite traçar o perfil dos participantes, avaliar o nível de conhecimento e adesão ao Checklist de Cirurgia Segura da OMS, identificar as barreiras enfrentadas na prática diária e compreender a percepção dos profissionais sobre os impactos dessa ferramenta na segurança do paciente.

4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

A amostra foi composta por 88 enfermeiros, com predomínio do gênero feminino (60,23%). A idade média foi de aproximadamente 36,7 anos, com maior concentração nas faixas de 32, 35 e 40 anos.

A experiência profissional mostrou-se diversificada: enquanto 29,55% possuíam mais de 15 anos de carreira, 27,27% tinham entre 1 e 5 anos. No ambiente cirúrgico específico, a maioria (35,23%) atuava há 1 a 5 anos. Os hospitais privados foram o principal local de trabalho (37,50%), seguidos pelos públicos (34,09%). O cargo de Enfermeiro Assistencial predominou (61,36%), com escala rotativa como principal regime de trabalho (30,68%).

O quadro 1 detalha o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes:

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros (n=88)

Variável	Categoria	n	%
Gênero	Feminino	53	60,23
	Masculino	35	39,77
Experiência profissional	Mais de 15 anos	26	29,55
	1 a 5 anos	24	27,27
Experiência em centro cirúrgico	1 a 5 anos	31	35,23
Tipo de instituição	Hospital privado	33	37,50
	Hospital público	30	34,09
Cargo	Enfermeiro(a) assistencial	54	61,36
Turno de trabalho	Escala rotativa	27	30,68

Fonte: Elaborado pela Autora (2026).

4.2 Conhecimento e adesão ao Checklist de Cirurgia Segura

O nível de capacitação sobre o instrumento mostrou-se elevado: 93,18% dos participantes relataram ter recebido treinamento específico. O conhecimento teórico foi excelente, com quase 99% identificando corretamente as três etapas do checklist e 100% reconhecendo a realização do *Sign In* antes da indução anestésica. Além disso, 97,73% sabiam da obrigatoriedade do instrumento pela Portaria MS/GM nº 529/2013.

A adesão autodeclarada à aplicação do checklist foi alta. Metade dos enfermeiros (50%) afirmou utilizá-lo integralmente “Sempre”, e 47,73% “Frequentemente”. Percentuais semelhantes foram observados na execução consistente dos itens específicos das três etapas.

O quadro 2 resume os principais dados de adesão e conformidade:

Quadro 2 – Adesão e execução do Checklist de Cirurgia Segura (n=88)

Item	Sempre (%)	Frequentemente (%)	Total de adesão alta
Aplicação integral do checklist (todas as etapas)	50,00	47,73	97,73%
Verificação de identificação, consentimento e lateralidade (<i>Sign In</i>)	55,68	-	-
Participação ativa de toda a equipe (<i>Time Out</i>)	60,23	-	-

Item	Sempre (%)	Frequentemente (%)	Total de adesão alta
Contagem de instrumentais e comunicação pós-operatória (<i>Sign Out</i>)	59,09	31,82	-
Execução segue recomendações da OMS (completamente + na maior parte)	-	-	84,10%

Fonte: Elaborado pela Autora (2026).

4.3 Barreiras e impactos na segurança do paciente

Apesar da boa adesão relatada, os participantes apontaram barreiras importantes. A falta de treinamento e, especialmente, a sobrecarga de trabalho foram as mais citadas (acima de 89% de concordância). Mais da metade dos enfermeiros (52,27%) já presenciou ou soube de incidentes relacionados à execução inadequada do checklist, sendo os mais frequentes a lateralidade incorreta (36,36%) e o erro de identificação do paciente (29,55%).

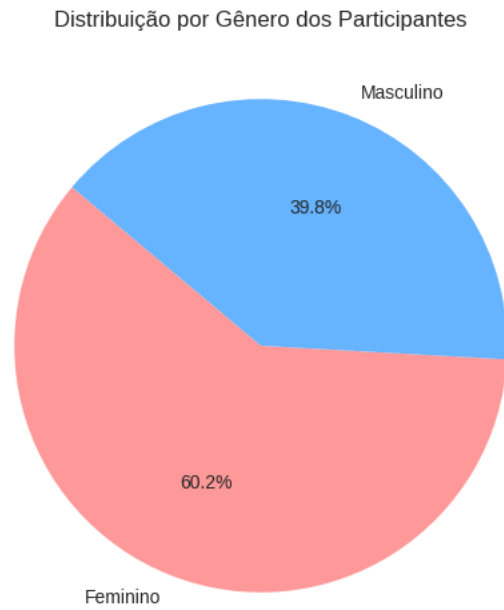
Houve consenso quase unânime (98,86%) de que a execução inadequada aumenta o risco de eventos adversos, enquanto a aplicação correta é percebida como eficaz na redução de complicações pós-operatórias e na melhoria da comunicação entre a equipe.

4.4 Sugestões para melhoria

As sugestões dos participantes convergiram para ações concretas: maior engajamento da equipe médica e anestésica, treinamentos contínuos e práticos multiprofissionais, melhoria no dimensionamento de pessoal, fortalecimento do apoio da gestão à cultura de segurança e a implementação de checklists digitais.

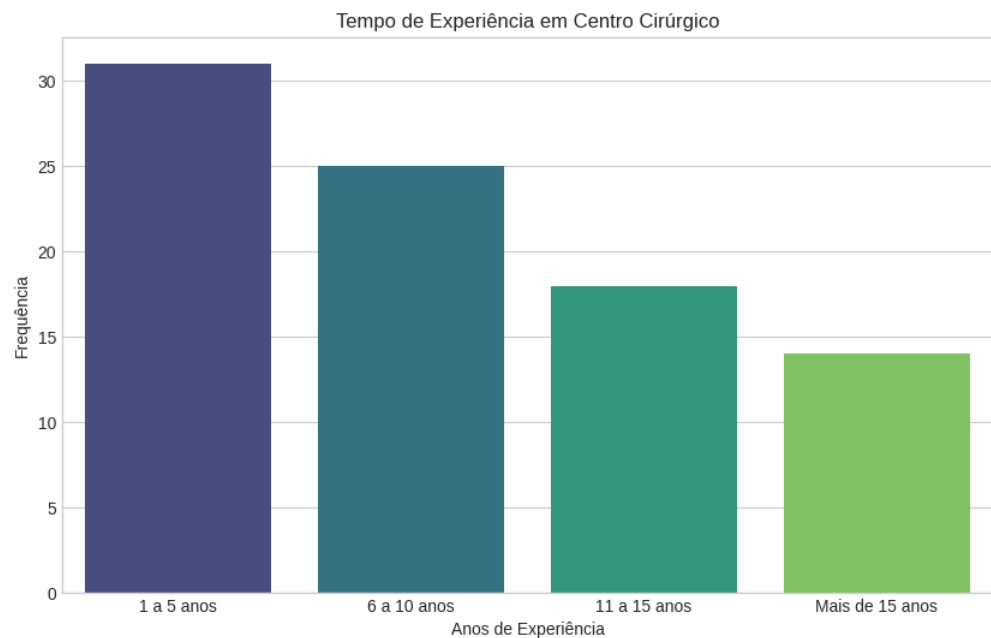
4.5 Gráficos Representativos

Figura 2: Distribuição por Gênero dos Participantes

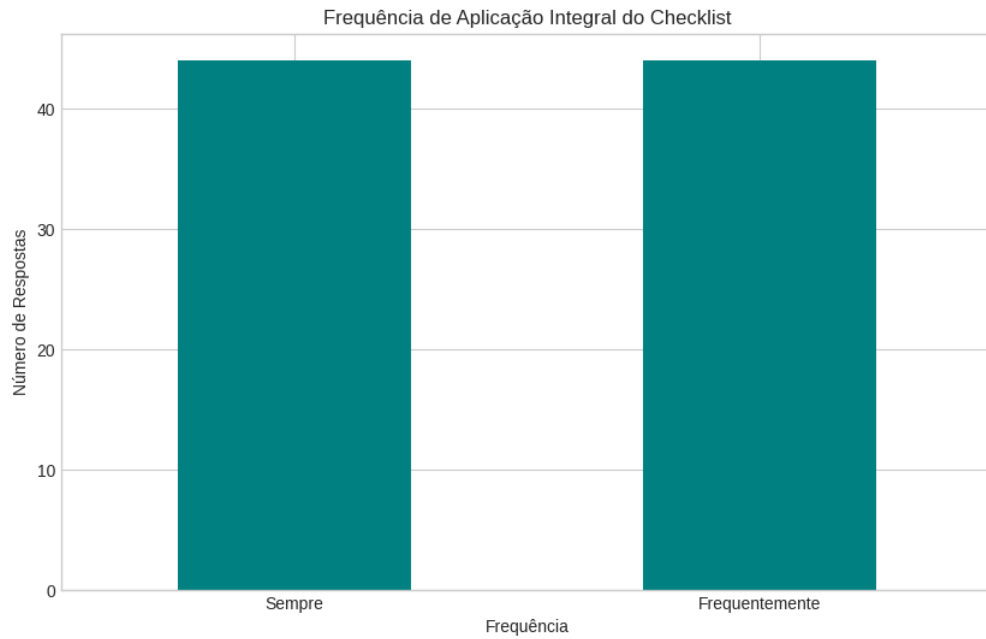


Fonte: Elaborado pela Autora (2026).

Figura 3: Tempo de Experiência em Centro Cirúrgico



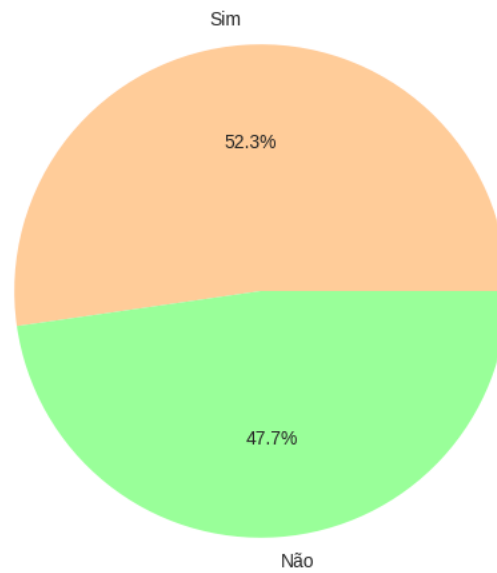
Fonte: Elaborado pela Autora (2026).

Figura 4: Frequência de Aplicação Integral do Checklist

Fonte: Elaborado pela Autora (2026).

Figura 5: Incidentes de Segurança Relacionados à Falha no Checklist

Incidentes de Segurança Relacionados à Falha no Checklist



Fonte: Elaborado pela Autora (2026).

DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa revelam um panorama importante sobre a execução do Checklist de Cirurgia Segura por enfermeiros em centros cirúrgicos de João Pessoa-PB. Ao confrontar os resultados com a literatura científica, é possível identificar avanços, persistências de desafios e oportunidades de melhoria na aplicação dessa ferramenta fundamental para a segurança do paciente.

5.1 Perfil dos profissionais e implicações para a cultura de segurança

O predomínio de profissionais do gênero feminino (60,23%) reflete o histórico da enfermagem no Brasil. A amostra apresentou diversidade de experiência, com 29,55% dos participantes atuando há mais de 15 anos na profissão e 35,23% com 1 a 5 anos de experiência específica em centro cirúrgico. Essa heterogeneidade é relevante, pois, conforme Silva *et al.* (2021), a experiência profissional acumulada favorece a liderança do enfermeiro na implementação de protocolos de segurança, enquanto profissionais mais recentes podem demandar maior investimento em capacitação prática.

5.2 Conhecimento e treinamento

O alto percentual de enfermeiros que relataram ter recebido treinamento específico sobre o Checklist (93,18%), aliado ao excelente conhecimento teórico demonstrado (quase 99% identificaram corretamente as três etapas e 100% reconheceram o momento correto do *Sign In*), indica avanço em relação a estudos anteriores. No entanto, a duração mais comum dos treinamentos (1 a 4 horas) e a frequência mensal relatada sugerem que as capacitações ainda são, em grande medida, pontuais.

De acordo com Ferorelli *et al.* (2022), treinamentos curtos e objetivos podem melhorar a adesão, porém a literatura reforça a necessidade de ações contínuas, práticas e multiprofissionais. Motta Filho *et al.* (2013) já alertavam que o conhecimento parcial sobre a correta aplicação do checklist persiste mesmo anos após sua implementação, o que corrobora a importância de superar a mera transmissão de informações para a construção de competências efetivas.

5.3 Adesão e conformidade à ferramenta

Os resultados mostraram elevada adesão autodeclarada, com 97,73% dos participantes afirmando aplicar o checklist integralmente “sempre” ou “frequentemente”. Esse dado é animador e superior ao encontrado em alguns estudos nacionais. Rodrigues *et al.* (2020) e

Santos e Oliveira (2023), por exemplo, destacam que, frequentemente, o checklist ainda é realizado de forma incompleta ou apenas burocrática.

A participação ativa de toda a equipe no *Time Out* foi relatada como “sempre” por 60,23% dos enfermeiros. Esse achado ganha relevância ao ser confrontado com Haynes *et al.* (2009) e Wyss *et al.* (2023), que demonstraram que a efetividade do checklist depende diretamente da qualidade de sua execução e do engajamento real de cirurgiões, anestesistas e enfermeiros. Quando realizada de forma mecânica, a ferramenta perde grande parte de seu potencial protetor.

5.4 Barreiras à execução eficaz

Apesar dos bons índices de adesão relatados, as barreiras identificadas pelos participantes revelam desafios concretos da realidade assistencial. A sobrecarga de trabalho foi apontada por 90,91% dos enfermeiros como fator limitante, achado amplamente corroborado pela literatura. Segundo Maziêro *et al.* (2015) e Santos e Oliveira (2023), o mau dimensionamento de pessoal e a pressão por agilidade cirúrgica comprometem a realização completa das etapas, especialmente o *Time Out*.

Outro aspecto relevante foi o reconhecimento da necessidade de maior engajamento da equipe médica e anestésica, mencionado nas sugestões. Conforme Tostes e Galvão (2019) e Rodrigues *et al.* (2020), quando o checklist é percebido como “responsabilidade da enfermagem”, sua eficácia multiprofissional é prejudicada. A persistência dessa visão fragmentada ainda representa um dos principais entraves à consolidação da cultura de segurança no contexto brasileiro.

5.5 Impactos na segurança do paciente

O fato de 52,27% dos participantes já terem presenciado ou sabido de incidentes relacionados à execução inadequada do checklist reforça a relevância do tema. Os erros mais citados: lateralidade incorreta (36,36%) e erro de identificação do paciente (29,55%), são precisamente aqueles que o instrumento da OMS foi projetado para prevenir.

De acordo com Haynes *et al.* (2009), a implementação adequada do checklist reduziu morbimortalidade em estudo multicêntrico. No presente estudo, 98,86% dos enfermeiros reconheceram que a execução inadequada aumenta o risco de eventos adversos, e a maioria percebeu a aplicação correta como eficaz na redução de complicações pós-operatórias. Esses achados demonstram que os profissionais têm clareza sobre o valor clínico e ético da

ferramenta, alinhando-se aos pressupostos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

5.6 Sugestões e perspectivas de melhoria

As sugestões apresentadas pelos participantes, treinamentos contínuos e práticos, maior envolvimento multiprofissional, melhoria do dimensionamento de pessoal, apoio da gestão e adoção de checklists digitais, convergem com as recomendações da literatura atual. Ferorelli *et al.* (2022) e Wyss *et al.* (2023) enfatizam que a combinação entre capacitação, monitoramento de indicadores e uso de tecnologia constitui caminho promissor para elevar a qualidade da execução do checklist.

Nesse sentido, o enfermeiro, pela sua posição estratégica no centro cirúrgico, possui papel fundamental na liderança desse processo, não apenas na execução, mas na promoção de uma cultura de segurança compartilhada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral averiguar a execução do Checklist de Cirurgia Segura por enfermeiros em centros cirúrgicos de hospitais de João Pessoa-PB, analisando a adesão, a conformidade e os impactos na segurança do paciente. A partir dos dados coletados junto a 88 profissionais, foi possível concluir que, embora existam avanços no conhecimento teórico e na adesão autodeclarada à ferramenta, persistem desafios importantes que limitam sua efetividade plena no contexto assistencial.

Quanto aos objetivos específicos, verificou-se que os enfermeiros apresentam bom nível de conhecimento sobre a estrutura e os objetivos do Checklist de Cirurgia Segura da OMS, com elevados índices de treinamento prévio. No entanto, a percepção de alta adesão (97,73% “sempre” ou “frequentemente”) convive com barreiras concretas, especialmente a sobrecarga de trabalho e a resistência de parte da equipe médica e anestésica, o que compromete a realização completa e qualificada das três etapas do instrumento.

A relação entre a execução inadequada do checklist e a ocorrência de incidentes de segurança foi claramente reconhecida pelos participantes. Mais da metade dos enfermeiros relatou ter conhecimento de eventos adversos, principalmente erros de lateralidade e de identificação do paciente — exatamente aqueles que o checklist foi projetado para prevenir.

Esses achados reforçam a relevância da ferramenta como estratégia fundamental para a redução de danos evitáveis no perioperatório.

Os resultados deste estudo corroboram a literatura nacional e internacional, demonstrando que a simples presença do checklist não é suficiente. Sua efetividade depende da qualidade da execução, do engajamento multiprofissional e da consolidação de uma cultura de segurança institucional. As sugestões apresentadas pelos participantes, treinamentos contínuos e práticos, melhoria no dimensionamento de pessoal, maior envolvimento da equipe médica, apoio da alta gestão e adoção de ferramentas digitais, apontam caminhos concretos e viáveis para superar as barreiras identificadas.

Este trabalho contribui para o fortalecimento da discussão sobre a segurança do paciente no contexto dos centros cirúrgicos paraibanos, destacando o papel estratégico do enfermeiro como protagonista na implementação e monitoramento do Checklist de Cirurgia Segura. Os achados reforçam a necessidade de superar a visão burocrática do instrumento, transformando-o em uma prática viva, reflexiva e multiprofissional.

Recomenda-se que as instituições de saúde invistam em programas de capacitação continuada, auditorias regulares de adesão e estratégias que promovam a corresponsabilização de toda a equipe cirúrgica. Sugere-se, ainda, a realização de estudos futuros com delineamento longitudinal ou de intervenção, que avaliem o impacto de estratégias específicas na melhoria da conformidade e na redução efetiva de eventos adversos.

Ao final, reafirma-se que o Checklist de Cirurgia Segura não é apenas um protocolo, mas um compromisso ético com a vida e com a qualidade da assistência prestada. Sua aplicação consciente e integrada representa um dos caminhos mais eficazes para construir um ambiente cirúrgico mais seguro e humanizado.

REFERENCIAS

ARAÚJO SILVA, A. C. et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 5, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 29 set. 2025.

FERORELLI, D.; BENEVENTO, M.; VIMERCATI, L.; SPAGNOLO, L.; DE MARIA, L.; CAPUTI, A.; ZOTTI, F.; MANDARELLI, G.; DELL'ERBA, A.; SOLARINO, B. Improving healthcare workers' adherence to surgical safety checklist: the impact of a short training. *Frontiers in Public Health*, v. 9, 2022, 732707. DOI: 10.3389/fpubh.2021.732707. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.732707/full>. Acesso em: 3 out. 2025.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZENAS, A.; DELLINGER, E. P.; DZWONKOWSKI, C.; GAWANDE, A. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, v. 360, n. 5, p. 491–499, 2009. DOI: 10.1056/NEJMsa0810119. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em: 21 out. 2025.

MAZIÊRO, E. C. S. et al. Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety program at a teaching hospital. *Revista Gestão & Saúde*, v. 12, n. 3, p. 543–552, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/tH7sVkgqZLvMGM4rGB8CbCf/?lang=en>. Acesso em: 26 out. 2025.

MOTTA FILHO, G. R.; SILVA, L. F. N.; FERRACINI, A. M.; BÄHR, G. L. The WHO Surgical Safety Checklist: knowledge and use by Brazilian orthopedists. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 48, n. 6, p. 554–562, 2013. DOI: 10.1016/j.rboe.2013.12.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31304168/>. Acesso em: 30 out. 2025.

OMS (WHO). *Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>. Acesso em: 5 nov. 2025.

RODRIGUES, C. S. et al. Adesão da equipe cirúrgica ao checklist de cirurgia segura: desafios e perspectivas. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, e20190256, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TsFZJtvkG6yWf4PkMTmwsSf/?lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2025.

SANTOS, D. F.; OLIVEIRA, M. A. O checklist de cirurgia segura e os desafios de sua implementação na prática hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 17, p. 1–8, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/260211>. Acesso em: 7 nov. 2025.

SILVA, A. da; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; PAVÃO, A. L. B.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; FALK, J. A. Cultura de segurança do paciente em hospitais: uma revisão integrativa da literatura. *P2P e Inovação*, 2019. Disponível em: <https://revista.ibict.br/p2p/article/view/5011>. Acesso em: 8 nov. 2025.

SILVA, J. R. et al. Cirurgia segura: análise da conformidade do checklist em um hospital de alta complexidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/view/3608>. Acesso em: 9 nov. 2025.

SOUSA, J. V. T.; FARIAS, M. S. A gestão de qualidade em saúde em relação à segurança do paciente: revisão de literatura. *Sanare – Revista de Políticas Públicas*, v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1379/704/3740>. Acesso em: 10 nov. 2025.

VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 12, e00223019, 2020. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-12-e00223019.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient Safety: Making Health Care Safer*. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.11>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WYSS, M. et al. Implementation, quality and effectiveness of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of Thoracic Disease*, v. 15, p. 78725, 2023. DOI: 10.21037/jtd-22-1807. Disponível em: <https://jtd.amegroups.org/article/view/78725/html>. Acesso em: 11 nov. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Sou Adrielle Medeiros de Lima, estudante de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, e venho por meio deste, solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de uma pesquisa, a qual se intitula, EXECUÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: ADESÃO, CONFORMIDADE E IMPACTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE, tem como orientador o Prof. Me. Paulo Emanuel Silva.

A mesma, por sua vez, apresenta como objetivo geral: Averiguar a execução do checklist de cirurgia segura por enfermeiros de centros cirúrgicos de hospitais da Cidade de João Pessoa – Paraíba. E como objetivos específicos: Verificar dificuldades relacionadas a enfermagem quanto ao preenchimento de cada etapa; Verificar a adesão e conformidade da execução do checklist em relação às recomendações da OMS; Relacionar a execução inadequada do checklist com incidentes de segurança no centro cirúrgico.

Com vistas a minimizar os riscos da pesquisa enfatiza-se que pode haver desconforto emocional ao relatar dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho, o que será minimizado por meio de abordagem respeitosa, escuta ativa e possibilidade de recusa ou interrupção da participação a qualquer momento, sem prejuízo ao participante.

Desta forma, você responderá a um formulário de entrevista contendo questões que abordarão sua situação sócio demográfica, e outras relacionados com tema de Execução do Checklist de Cirurgia Segura: adesão, conformidade e impactos na segurança do paciente. Informo-lhe que esta investigação, não lhe trará danos e comprometo-me em manter seu nome em sigilo caso decida contribuir, ressalto ainda, que sua participação é voluntária, e caso decida não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, estará em seu direito. Estando ainda a pesquisadora a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma, ciente dos meus direitos, autorizo toda documentação necessária, e a divulgação e a publicação em periódicos e eventos científicos. Declaro também que os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

João Pessoa, ____/____/2025

Assinatura do Pesquisador responsável ou do Pesquisador Participante

Endereço: Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Frei Galvão, 12, Bairro Gramame – João Pessoa – PB. CEP: 58067-695. Fone: (83) 2106-4777/21064790. E-mail: cep@facene.com.br

Endereço do pesquisador responsável: Rua Anísio Azevedo Lima, 88, Mangabeira 2, CEP: 58057-270. CEL: 83-98822-2501. Email: adrielle.07@hotmail.com.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

LINK PARA FORMULÁRIO:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfOv9kkjj0O161N-qq31tykHanBgbYWZfgM7rl6RMqo2hajLQ/viewform?usp=sharing&oid=118388268952480570805>

Questionário de Pesquisa: Execução do Checklist de Cirurgia Segura

Instruções para o Respondente: Este questionário é anônimo e confidencial, com o objetivo de avaliar a execução do Checklist de Cirurgia Segura em centros cirúrgicos de João Pessoa-PB. O preenchimento leva cerca de 10-15 minutos. Sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento. Ao prosseguir, você concorda com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado na introdução.

Seção 1: Caracterização Sociodemográfica e Profissional (Objetivo: Contextualizar o perfil dos respondentes para análise quantitativa.)

1. Gênero:
 - Masculino
 - Feminino
 - Não binário
 - Prefiro não informar
2. Idade (em anos): [Campo numérico aberto]
3. Tempo de experiência profissional como enfermeiro(a) (em anos):
 - Menos de 1 ano
 - 1 a 5 anos
 - 6 a 10 anos
 - 11 a 15 anos
 - Mais de 15 anos
4. Tempo de experiência em centro cirúrgico (em anos):
 - Menos de 1 ano
 - 1 a 5 anos
 - 6 a 10 anos
 - 11 a 15 anos
 - Mais de 15 anos
5. Tipo de instituição onde atua:
 - Hospital público
 - Hospital privado
 - Hospital universitário/ensino
 - Outro (especifique): [Campo aberto]
6. Cargo ocupado no centro cirúrgico:
 - Enfermeiro(a) assistencial
 - Enfermeiro(a) supervisor(a)/coordenador(a)
 - Enfermeiro(a) residente
 - Outro (especifique): [Campo aberto]
7. Turno de trabalho principal:
 - Manhã
 - Tarde
 - Noite
 - Escala rotativa

Seção 2: Formação e Treinamento sobre o Checklist de Cirurgia Segura (Objetivo: Avaliar o preparo dos profissionais, alinhado ao objetivo geral e específico sobre dificuldades.)

8. Você recebeu treinamento específico sobre o Checklist de Cirurgia Segura da OMS?
 - Sim
 - Não
 - Não sei/Não me lembro
9. Se sim na pergunta anterior, qual foi a duração do treinamento mais recente?
 - Menos de 1 hora
 - 1 a 4 horas
 - Mais de 4 horas
 - Não se aplica (não recebi treinamento)
10. Com que frequência sua instituição oferece treinamentos ou atualizações sobre o checklist?
 - Mensalmente
 - Trimestralmente
 - Anualmente
 - Raramente ou nunca
 - Não sei

Seção 3: Conhecimento Objetivo sobre o Checklist de Cirurgia Segura (Objetivo: Verificar conhecimento para relacionar com adesão e conformidade, conforme objetivo específico 2.) (Respostas de múltipla escolha ou verdadeiro/falso para avaliação quantitativa.)

11. O Checklist de Cirurgia Segura da OMS é dividido em quantas etapas principais?
 - 2 etapas
 - 3 etapas (Sign In, Time Out, Sign Out)
 - 4 etapas
 - Não sei
12. Verdadeiro ou Falso: A etapa "Sign In" deve ser realizada antes da indução anestésica.
 - Verdadeiro
 - Falso
13. Qual é o principal objetivo do "Time Out"?
 - Confirmar a identidade do paciente e o local da cirurgia
 - Verificar contagem de materiais e instrumentais
 - Pausar para revisar o plano cirúrgico com toda a equipe
 - Não sei
14. Verdadeiro ou Falso: O checklist é uma ferramenta obrigatória no Brasil desde a Portaria MS/GM nº 529/2013.
 - Verdadeiro
 - Falso

Seção 4: Adesão e Conformidade da Execução do Checklist (Objetivo: Verificar adesão e conformidade em relação às recomendações da OMS, conforme objetivo específico 2.) (Use escala de frequência: Sempre, Frequentemente, Às vezes, Raramente, Nunca.)

15. Com que frequência o checklist é aplicado integralmente (todas as etapas) nos procedimentos cirúrgicos em que você participa?
 - Sempre
 - Frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
16. Na etapa "Sign In" (antes da anestesia), com que frequência são verificados itens como identificação do paciente, consentimento e lateralidade?
 - Sempre
 - Frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
17. Na etapa "Time Out" (antes da incisão), com que frequência toda a equipe participa ativamente da pausa e revisão?
 - Sempre
 - Frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca

- Sempre
 - Frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
18. Na etapa "Sign Out" (antes da saída da sala), com que frequência é realizada a contagem de instrumentais e comunicação pós-operatória?
- Sempre
 - Frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
19. Em geral, a execução do checklist em sua instituição segue fielmente as recomendações da OMS?
- Sim, completamente
 - Sim, na maior parte
 - Parcialmente
 - Não
 - Não sei

Seção 5: Dificuldades Relacionadas ao Preenchimento de Cada Etapa (Objetivo: Verificar dificuldades relacionadas à enfermagem quanto ao preenchimento de cada etapa, conforme objetivo específico 1.) (Selecione todas que se aplicam ou use escala Likert: Concordo Totalmente, Concordo, Neutro, Discordo, Discordo Totalmente.)

20. Quais dificuldades você enfrenta na etapa "Sign In"? (Selecione todas que aplicam)
- Falta de tempo devido à urgência do procedimento
 - Resistência da equipe anestésica
 - Falta de treinamento específico
 - Sobrecarga de trabalho
 - Outra (especifique): [Campo aberto]
 - Nenhuma
21. Quais dificuldades você enfrenta na etapa "Time Out"? (Selecione todas que aplicam)
- Comunicação ineficaz entre a equipe
 - Pressão para iniciar a cirurgia rapidamente
 - Falta de engajamento dos cirurgiões
 - Dificuldade em pausar o fluxo de trabalho
 - Outra (especifique): [Campo aberto]
 - Nenhuma
22. Quais dificuldades você enfrenta na etapa "Sign Out"? (Selecione todas que aplicam)
- Cansaço da equipe no final do procedimento
 - Falta de registro adequado de contagens
 - Comunicação insuficiente para o pós-operatório
 - Sobrecarga com múltiplos procedimentos
 - Outra (especifique): [Campo aberto]
 - Nenhuma
23. Em uma escala Likert, avalie: "A falta de treinamento é uma barreira significativa para o preenchimento correto do checklist."
- Concordo Totalmente
 - Concordo
 - Neutro
 - Discordo
 - Discordo Totalmente
24. Em uma escala Likert, avalie: "A sobrecarga de trabalho compromete a adesão ao checklist."
- Concordo Totalmente
 - Concordo
 - Neutro
 - Discordo
 - Discordo Totalmente

Seção 6: Relação com Incidentes de Segurança e Impactos (Objetivo: Relacionar a execução inadequada do checklist com incidentes de segurança, conforme objetivo específico 3.)

25. Você já presenciou ou soube de incidentes de segurança (ex.: cirurgia em local errado, retenção de material) relacionados à execução inadequada do checklist?
 - Sim
 - Não
 - Não sei
26. Se sim na pergunta anterior, qual tipo de incidente? (Selecione todas que aplicam)
 - Erro de identificação do paciente
 - Lateralidade incorreta
 - Falha na profilaxia antibiótica
 - Retenção de corpos estranhos
 - Complicações anestésicas
 - Outro (especifique): [Campo aberto]
 - Não se aplica
27. Em sua opinião, a execução inadequada do checklist aumenta o risco de eventos adversos?
 - Sim, significativamente
 - Sim, moderadamente
 - Não, pouco impacto
 - Não, nenhum impacto
 - Não sei
28. Com que frequência você percebe que a aplicação correta do checklist reduz complicações pós-operatórias?
 - Sempre
 - Frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca

Seção 7: Percepções, Atitudes e Barreiras Gerais (Objetivo: Avaliar percepções para apoiar o objetivo geral e barreiras percebidas.) (Escala Likert 5 pontos: Concordo Totalmente, Concordo, Neutro, Discordo, Discordo Totalmente.)

29. O checklist melhora a comunicação entre a equipe multiprofissional.
30. O checklist é visto como uma burocracia desnecessária pela equipe.
31. Barreiras institucionais (ex.: falta de recursos) afetam a adesão ao checklist.
32. O treinamento contínuo melhoraria a conformidade com o checklist.

Seção 8: Sugestões e Comentários Abertos (Objetivo: Coletar insights qualitativos para enriquecer a discussão.)

33. Quais sugestões você tem para melhorar a adesão e execução do Checklist de Cirurgia Segura em centros cirúrgicos? [Campo aberto]
34. Algum comentário adicional sobre o tema? [Campo aberto]

Fim do Questionário!

Obrigado pela sua participação! Seus dados contribuirão para melhorar a segurança do paciente em centros cirúrgicos. Para dúvidas, contate: adrielle.07@hotmail.com.