

Aplicação verbal do *checklist* de cirurgia segura: análise crítica da prática

Verbal application of the Surgical Safety Checklist: a critical analysis of the practice

Aplicación verbal de la lista de verificación de cirugía segura: un análisis crítico de la práctica

Cristina Rocha Amaral^{1*} , Roberta Teixeira Prado¹ , André Luiz Silva Alvim¹ , Andréia Guerra Siman¹ ,
Fabio da Costa Carbogim¹ , Juliana Balbinot Reis Girondi¹ , Isadora Caldeira Belini¹ , Thiago Rodrigues dos Santos¹ ,
Hérica Silva Dutra¹ , Luciane Ribeiro de Faria¹ 

RESUMO: **Objetivo:** Analisar a conformidade da aplicação do *Checklist* de Cirurgia Segura, com ênfase na checagem verbal, em um hospital público de ensino. **Métodos:** Estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa baseado na observação direta de 193 procedimentos cirúrgicos realizados entre abril e agosto de 2025. A conformidade foi definida pela confirmação verbal e pelo registro em cada item. Os dados foram tratados por estatística descritiva e univariada, utilizando um instrumento elaborado pela pesquisadora fundamentado no modelo-padrão do *Checklist* de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde, em que se incluem campos para registrar a checagem verbal de cada item do checklist, o registro no prontuário e o cumprimento das etapas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo, via Plataforma Brasil (CAAE 86548025.7.0000.5133, sob o Parecer 7.500.360) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** No presente estudo, os mais altos índices de conformidade foram observados no primeiro momento do *checklist*, sobretudo na confirmação da identidade do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e na verificação do termo de consentimento assinado. Tal achado sugere que os profissionais tendem a priorizar ações de maior relevância ética e legal, em detrimento dos aspectos técnicos do processo cirúrgico. A confirmação por registro foi significativamente mais frequente ($p < 0,05$) que a verbal, revelando adesão predominantemente burocrática à ferramenta. A conformidade global foi baixa e decrescente entre os momentos: *sign in* (22,16%), *timeout* (16,11%) e *sign out* (9,40%). **Conclusão:** O estudo revelou baixa conformidade na aplicação do *Checklist* de Cirurgia Segura em voz alta, com redução progressiva da checagem nos três momentos e uso predominantemente burocrático, em detrimento de sua função preventiva e comunicativa. **Palavras-chave:** Lista de checagem. Segurança do paciente. *Time out* na assistência à saúde. Centros cirúrgicos. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT: **Objective:** To analyze the compliance of the Surgical Safety Checklist application, with emphasis on verbal confirmation, in a public teaching hospital. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, based on direct observation of 193 surgical procedures performed between April and August 2025. Compliance was defined as performing both verbal confirmation and documentation for each item. Data were analyzed using descriptive and univariate statistics, employing an instrument developed by the researcher based on the World Health Organization's standard Surgical Safety Checklist, which includes fields to record verbal confirmation of each item, documentation in the medical record, and completion of the checklist steps. The study was approved by the Research Ethics Committee of the institution hosting the study, via Plataforma Brasil (CAAE 86548025.7.0000.5133; Opinion No. 7.500.360), and all participants signed the Informed Consent Form. **Results:** In this study, the highest compliance rates were observed during the first phase of the Checklist, particularly in confirming patient identity, surgical site, procedure, and verifying the signed consent form. This finding suggests that professionals tend to prioritize actions with greater ethical and legal relevance over the technical aspects of the surgical process. Documentation compliance was significantly more frequent ($p < 0.05$) than verbal confirmation, indicating a predominantly bureaucratic adherence to the tool. Overall compliance was low and decreased across the three phases: *sign in* (22.16%), *timeout* (16.11%), and *sign out* (9.40%).

¹Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG), Brasil.
Autor correspondente: crisrochamaral79@gmail.com
Recebido: 16/10/2025, Aceito: 27/11/2025
<https://doi.org/10.5327/Z1414-44251083>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Conclusion: We demonstrated low compliance with applying the Surgical Safety Checklist aloud, with a progressive reduction in checking across the three phases and predominantly bureaucratic use, at the expense of its preventive and communicative purpose.

Keywords: Checklists. Patient safety. Time out. Operating rooms. Perioperative nursing.

RESUMEN: Objetivo: Analizar la conformidad en la aplicación del Checklist de Cirugía Segura, con énfasis en la verificación verbal, en un hospital público docente.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, de enfoque cuantitativo, basado en la observación directa de 193 procedimientos quirúrgicos realizados entre abril y agosto de 2025. La conformidad se definió como la realización tanto de la confirmación verbal como del registro de cada ítem. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y univariada, utilizando un instrumento elaborado por la investigadora basado en el modelo estándar del Checklist de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud, que incluye campos para registrar la verificación verbal de cada ítem, el registro en el prontuario y el cumplimiento de las etapas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución sede, a través de la Plataforma Brasil (CAAE 86548025.7.0000.5133; Dictamen 7.500.360), y todos los participantes firmaron el Consentimiento Informado. **Resultados:** En este estudio, los mayores índices de conformidad se observaron en el primer momento del Checklist, especialmente en la confirmación de la identidad del paciente, del sitio quirúrgico, del procedimiento y en la verificación del consentimiento informado firmado. Este hallazgo sugiere que los profesionales tienden a priorizar acciones de mayor relevancia ética y legal, en detrimento de los aspectos técnicos del proceso quirúrgico. La conformidad por registro fue significativamente más frecuente ($p < 0,05$) que la verbal, evidenciando una adhesión predominantemente burocrática a la herramienta. La conformidad global fue baja y decreciente entre los momentos: Sign-in (22,16%), Timeout (16,11%) y Sign-out (9,40%). **Conclusión:** El estudio reveló baja conformidad en la aplicación del Checklist de Cirugía Segura en voz alta, con reducción progresiva de la verificación en los tres momentos y un uso predominantemente burocrático, en detrimento de su función preventiva y comunicativa.

Palabras clave: Lista de verificación. Seguridad del paciente. Time out en la atención en salud. Centros quirúrgicos. Enfermería perioperatoria.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é prioridade em todo o mundo nas políticas de qualidade em saúde. Desde a publicação do relatório *To Err is Human* e a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, diversas iniciativas foram desenvolvidas para reduzir eventos adversos. Dentre elas, destaca-se o *Checklist* de Cirurgia Segura, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ferramenta de segurança de baixo custo e eficácia comprovada na redução de complicações e mortalidade em pacientes cirúrgicos¹.

O *checklist* contempla três momentos de checagem de segurança: *sign in* (antes da indução anestésica), *timeout* (antes da incisão cirúrgica na pele) e *sign out* (ao término da cirurgia, antes da saída da sala). A recomendação para a utilização efetiva da ferramenta inclui a confirmação verbal (em voz alta) de itens críticos de segurança, envolvendo o paciente e toda a equipe presente na sala de cirurgia. Essa prática visa melhorar a comunicação entre os profissionais, padronizar procedimentos e evitar eventos adversos².

Apesar da ampla difusão e do reconhecimento de sua efetividade, estudos apontam que o *checklist* é frequentemente reduzido ao registro documental da verificação de segurança, entretanto, sem checagem verbal dos itens. Tal distanciamento compromete o potencial da ferramenta, constituindo-se como barreira ativa de segurança³⁻⁵.

No contexto brasileiro, as evidências mostram que, mesmo quando o *checklist* está formalmente presente nos prontuários, sua execução completa ocorre de forma muito menos frequente do que a ideal^{4,6}. Um estudo retrospectivo em hospital-geral de referência de Minas Gerais, com 423 prontuários de pacientes cirúrgicos, evidenciou que o *checklist* estava presente em 95% deles, porém só 67,4% estavam preenchidos completamente⁶. Essa situação poderia levar à superestimação da conformidade na aplicação do instrumento 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^{7,8}.

Diversos estudos limitam-se a estimar a adesão ao *checklist* por meio da verificação do preenchimento do formulário, o que pode não retratar a realidade do seu uso na prática cirúrgica^{6,9,10}.

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

OBJETIVOS

Analisar a conformidade na aplicação do *Checklist* de Cirurgia Segura, com ênfase na checagem verbal, em um hospital público de ensino de referência do estado de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, baseado na observação direta da aplicação do *Checklist* no Centro Cirúrgico de um hospital público de ensino de referência localizado na Zona da Mata, estado de Minas Gerais.

A população do estudo compreendeu os procedimentos cirúrgicos, de abril a agosto de 2025, totalizando 1.750. O cálculo amostral indicou a necessidade de inclusão mínima de 130 procedimentos cirúrgicos, com nível de confiança de 95%^{6,7,11}. Foram incluídas no estudo todas as cirurgias em pacientes adultos (18 anos ou mais), de todas as especialidades, realizadas no período diurno, com amostragem por conveniência de 193 procedimentos que compuseram a amostra da pesquisa^{6,7}.

Os dados foram coletados por meio de um formulário construído pelos pesquisadores, baseado no *checklist*-padrão da OMS, no qual se incluem campos para registrar a checagem verbal de cada item da ferramenta, o registro no prontuário e o cumprimento das etapas. Além disso, foram coletadas variáveis adicionais para caracterização dos procedimentos cirúrgicos, como tipo de anestesia, especialidade cirúrgica e urgência do procedimento. Os itens classificados como “não se aplica” foram evidenciados pela heterogeneidade dos procedimentos cirúrgicos, considerando que determinadas etapas não possuem aplicabilidade em todos os contextos clínicos, sendo, dessa forma, contabilizados separadamente.

Definiu-se como confirmação verbal a checagem dos itens de segurança em voz alta, com a participação da equipe. A confirmação por registro foi definida como a anotação formal, no prontuário do paciente, da checagem no *checklist*. O desfecho escolhido foi a conformidade na aplicação do *checklist*, definido como a ocorrência simultânea da confirmação verbal e do registro para cada item de segurança.

A análise estatística foi realizada no *software Stata v15*, por estatística descritiva, calculando-se frequências e percentuais. A comparação da proporção de confirmação verbal e por registro documental deu-se por meio de análise univariada com o teste de McNemar (χ^2), considerando $p < 0,05$ como nível de significância.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo, via Plataforma Brasil (CAAE 86548025.7.0000.5133, sob o Parecer 7.500.360). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram observados 193 procedimentos, destes, 192 (99,5%) foram eletivos. Em relação ao tipo de anestesia, a anestesia geral foi a mais utilizada, presente em 38,3% dos procedimentos. As especialidades mais frequentes foram a ortopedia (20,2%) e a ginecologia (16,1%).

Comparando-se a proporção da confirmação verbal com o registro documental, observou-se que o registro foi significativamente mais frequente ($p < 0,001$) em todos os itens avaliados, nos três momentos de aplicação do *checklist*. No primeiro momento (*sign in*), a identificação do paciente e a verificação da assinatura no TCLE foram confirmadas verbalmente em 82,4% dos procedimentos, enquanto o registro documental ocorreu em 97,9%, resultando na conformidade de 80,2%. Já a disponibilidade de sangue apresentou 3,2% de confirmação verbal *versus* 85,9% de registro documental, com conformidade de apenas 0,5% (Tabela 1).

No *timeout*, a identificação da equipe foi confirmada verbalmente em 9,8% dos procedimentos observados e registrada em 92,2%, enquanto a antibioticoterapia profilática apresentou 52,1% de confirmação verbal e 96,4% de registro (Tabela 2).

No terceiro momento do *checklist* de Cirurgia Segura (*sign out*), as confirmações ocorreram com mais frequência no registro documental do que na comunicação verbal, com diferenças estatisticamente significativas em todos os itens ($p < 0,001$) (Tabela 3).

A confirmação do procedimento foi registrada em 96,3%, mas verbalizada em apenas 9,3%; a contagem de instrumentais, compressas e agulhas em 86,4 *versus* 9,9%; e a identificação de amostras em 86,3 *versus* 33,3%. Itens como problemas com equipamentos (89,1 *versus* 1,5%), revisão de preocupações para recuperação do paciente (90,6 *versus* 5,2%) e checagem do equipamento de anestesia (93,2 *versus* 3,6%) apresentaram discrepâncias ainda mais marcantes. Esses achados indicam que, embora os registros estejam formalmente presentes, a baixa adesão à verbalização fragiliza a comunicação multiprofissional e pode comprometer a efetividade da etapa de saída na prevenção de falhas e eventos adversos (Tabela 3).

Quanto à conformidade por item de checagem, o maior percentual foi obtido na confirmação de dados do paciente

Tabela 1. Comparação de confirmação verbal e registro antes da indução anestésica (*sign in*) nos procedimentos observados (n=193).

Itens	Confirmação verbal		Registro		Valor de p*
	n	%	n	%	
Paciente confirmou idade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento					
Sim	159	82,38	188	97,92	<0,001
Não	34	17,62	4	2,08	
Sítio cirúrgico demarcado					
Sim	22	11,64	154	80,21	<0,001
Não	167	88,36	38	19,79	
Equipamento de anestesia checado					
Sim	15	7,77	179	92,75	<0,001
Não	178	92,23	14	7,25	
Oxímetro de pulso no paciente funcionando					
Sim	19	9,84	178	92,23	<0,001
Não	174	90,16	15	7,77	
Paciente possui alergia					
Sim	128	66,32	187	96,89	<0,001
Não	65	33,68	06	3,11	
Paciente possui via aérea difícil/risco de aspiração					
Sim	13	6,88	177	91,71	<0,001
Não	176	93,12	16	8,29	
Risco de perda sanguínea >500 mL					
Sim	03	1,60	171	88,60	<0,001
Não	185	98,40	22	11,40	
Sangue disponível					
Sim	06	3,19	165	85,94	<0,001
Não	182	96,81	27	14,06	

* Teste χ^2 de McNemar.

Valores faltantes representam observações registradas como "não se aplica".

(80,2%), enquanto o menor foi na disponibilidade de sangue (0,5%). Analisando-se a conformidade por momento cirúrgico, observou-se declínio progressivo: 22,2% antes da indução anestésica (*sign in*), 16,1% antes da incisão cirúrgica (*timeout*) e apenas 9,4% ao final da cirurgia, antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*sign out*) (Tabelas 4 e 5).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciam que, embora o *Checklist* de Cirurgia Segura esteja formalmente registrado em quase todos os procedimentos, a verbalização entre os membros da equipe permanece significativamente baixa, sobretudo em itens críticos e no terceiro momento do *checklist*, ao término da cirurgia, antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(*sign out*). A discrepância entre registro e checagem verbal sugere que o uso da ferramenta se aproxima de uma prática burocrática, comprometendo a comunicação multiprofissional, essencial para a segurança do paciente.

Itens com relevância ética e legal, como confirmação de dados do paciente e consentimento, apresentaram maior conformidade, enquanto aspectos logísticos e técnicos de alto risco, como contagem de instrumentais, revisão de preocupações para recuperação e disponibilidade de sangue, foram menos confirmados. A redução progressiva da conformidade ao longo do ato cirúrgico (22,2% antes da indução anestésica, 16,1% antes da incisão cirúrgica e 9,4% antes da saída do paciente da sala de operações) reforça a vulnerabilidade do *sign out*, etapa crucial para prevenção de falhas e eventos adversos.

Apesar de o *checklist* estar presente na maioria dos prontuários e dos sistemas formais de auditoria, estudos indicam

Tabela 2. Comparação de confirmação verbal e registro antes da incisão cirúrgica (*timeout*) nos procedimentos observados (n=193).

Itens	Confirmação verbal		Registro		Valor de p*
	n	%	n	%	
Todos os membros da equipe confirmaram seu nome e profissão					
Sim	19	9,84	178	92,23	<0,001
Não	174	90,16	15	7,77	
Equipe confirmou a identificação do paciente, local da cirurgia e procedimento					
Sim	12	6,22	178	92,71	<0,001
Não	181	93,78	14	7,29	
Cirurgião confirmou passos críticos, duração estimada e possível perda sanguínea					
Sim	15	7,77	178	93,19	<0,001
Não	178	92,23	13	6,81	
Anestesiologista confirmou preocupações específicas					
Sim	24	12,44	175	91,15	<0,001
Não	169	87,56	17	8,85	
Enfermagem confirmou materiais e equipamentos					
Sim	48	24,87	178	92,23	<0,001
Não	145	75,13	15	7,77	
Confirmação da profilaxia antimicrobiana					
Sim	100	52,08	186	96,37	<0,001
Não	92	47,92	7	3,63	
Disponibilidade dos exames de imagem					
Sim	18	9,42	176	91,19	<0,001
Não	173	90,58	17	8,81	

* Teste χ^2 de McNemar.
Valores faltantes representam observações registradas como "não se aplica".

significativa discrepância entre o registro e a execução real de todos os itens pela equipe cirúrgica^{12,13}.

Em um estudo de revisão sistemática com meta-análise global, os autores verificaram taxa média de conformidade de 73% com o *checklist* da OMS, mas completude global de apenas 51%, apontando que muitos itens críticos são omitidos ou preenchidos de forma inconsistente³.

Conforme encontrado em estudo observacional australiano, embora 86% dos prontuários indicassem que o *checklist* estava completo, apenas cerca de 27% deles foram checados verbalmente durante as cirurgias, sugerindo que o ato de "marcar" as informações muitas vezes não corresponde à efetivação dos procedimentos¹⁴.

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 *checklist*. Verificou-se maior percentual de conformidade no primeiro momento (*sign in* — antes da indução anestésica), seguido pelo segundo (*timeout* — antes da

incisão cirúrgica) e, por fim, pelo terceiro (*sign out* — antes da saída do paciente da sala de cirurgia), que apresentou o menor percentual de conformidade identificado. Esse resultado sugere que a adesão ao *checklist* 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^{3,5,15}.

A aplicação incompleta do *checklist* indica que itens essenciais de segurança com potencial para prevenir eventos adversos graves não estão sendo adequadamente checados. A literatura destaca que tal fragilidade pode exigir novas intervenções e, em casos extremos, resultar em lesões com implicações ético-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 emocional¹⁶.

Portanto, os achados do presente estudo, que evidenciaram menor percentual de conformidade em grande parte dos procedimentos observados no terceiro momento de

Tabela 3. Comparação de confirmação verbal e registro ao final da cirurgia, antes de o paciente sair da sala cirúrgica (*sign out*) nos procedimentos observados (n=193).

Itens	Confirmação verbal		Registro		Valor de p*
	n	%	n	%	
Confirmado procedimento realizado					
Sim	18	9,33	186	96,37	<0,001
Não	175	90,67	7	3,63	
Contagem de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas					
Sim	19	9,90	166	86,46	<0,001
Não	173	90,10	26	13,54	
Identificação de amostra para anatomia patológica					
Sim	63	33,33	164	86,32	<0,001
Não	126	66,67	26	13,68	
Problemas com equipamentos					
Sim	3	1,55	172	89,12	<0,001
Não	190	98,45	21	10,88	
Revisão das preocupações essenciais para recuperação do paciente					
Sim	10	5,18	174	90,63	<0,001
Não	183	94,82	18	9,38	
Equipamento de anestesia checado					
Sim	7	3,63	179	93,23	<0,001
Não	186	96,37	13	6,77	

* Teste χ^2 de McNemar.

Valores faltantes representam observações registradas como "não se aplica".

aplicação do *checklist*, sugerem fragilidade na transição do cuidado entre o intra e o pós-operatórios. 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 eventos adversos na sala de recuperação pós-anestésica, sendo um ponto estratégico para intervenções educativas e organizacionais.

É essencial desenvolver um trabalho contínuo de monitoramento e aprimoramento na utilização do *checklist*, 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 obrigatórios¹⁷.

O papel da enfermagem mostra-se central na liderança da equipe, sendo capaz de aumentar a adesão, o engajamento e a coerência na aplicação do *checklist*. Contudo, sobrecarga logística e falta de suporte institucional podem reduzir a efetividade da ferramenta, mesmo com liderança proativa^{6,18}.

As implicações práticas incluem a necessidade de educação continuada, simulação clínica, auditorias observacionais

com *feedback* e a inclusão do *checklist* verbal em indicadores institucionais, garantindo que todos os profissionais participem efetivamente do *sign out*. Essas medidas são fundamentais para transformar o *Checklist* de Cirurgia Segura de um registro formal em uma ferramenta efetiva de segurança do paciente, minimizando riscos e promovendo a cultura de comunicação e responsabilidade compartilhada.

Limitações

Este estudo apresentou algumas limitações. Por se tratar de investigação transversal, não foi possível inferir relações de causalidade, apenas associações da aplicação do *checklist* com os desfechos na segurança do paciente. A presença do pesquisador durante as observações pode ter influenciado, ainda que minimamente, o comportamento das equipes (Efeito Hawthorne)¹². Além disso, a análise ocorreu em um único hospital público de ensino, o que limita a generalização dos achados para instituições com diferentes estruturas, protocolos e culturas organizacionais. Alguns itens do *checklist* foram classificados como "não se aplica", refletindo

Tabela 4. Distribuição do percentual de conformidade por item analisado nos procedimentos observados. (n=193)

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 no 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 >500 mL	2	1,06
Sangue disponível	01	0,53
Todos os membros da equipe confirmaram 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

Tabela 5. Distribuição das taxas de conformidade por momento cirúrgico nos procedimentos observados (n=193).

Momento cirúrgico	Conformidade	
	n	%
<i>Sign in</i> : antes da indução anestésica (n=1.525)	338	22,16
<i>Timeout</i> : antes da incisão cirúrgica (n=1.347)	217	16,11
<i>Sign out</i> : ao final da cirurgia, antes de o paciente sair da sala cirúrgica (n=1.149)	108	9,40

a heterogeneidade dos procedimentos cirúrgicos, considerando que determinadas etapas não possuem aplicabilidade universal em todos os contextos clínicos.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar a conformidade da aplicação do *Checklist* de Cirurgia Segura em um hospital público de ensino de Minas Gerais, evidenciando baixa conformidade global e redução progressiva da checagem ao longo dos três momentos cirúrgicos (*sign in*, *timeout* e *sign out*), reforçando que o *checklist* ainda é frequentemente tratado como instrumento

burocrático, e não como estratégia de comunicação e prevenção de eventos adversos.

O *checklist* de Cirurgia Segura, apesar de institucionalizado e registrado, apresenta aplicação verbal limitada e decrescente. Estratégias viáveis para melhorar a conformidade na sua aplicação incluem liderança ativa da enfermagem, treinamento prático, auditorias sistemáticas e incorporação do *checklist* verbal em indicadores institucionais.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

CRA: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

RTP: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. ALSA: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. AGS: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. FCC: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. JBRG: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. ICB: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. TRS: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. HSD: Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição. LRF: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Recursos, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Villar VCFL, Duarte SCM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(12):E00223019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>
2. World Health Organization. Patient safety: safe surgery saves lives [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [acessado em 10 jul. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/safe-surgery-saves-lives-frequently-asked-questions>
3. Habtie TE, Feleke SF, Terefe AB, Adisu MA. Beyond compliance: examining the completeness and determinants of WHO surgical safety checklist: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):504. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12569-0>
4. Silva EFM, Calil ASG, Araujo CS, Ruiz PBO, Jericó MC. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre *checklist* de cirurgia segura. *Arq Ciênc Saúde*. 2017;24(3):71-8.
5. Poveda VB, Lemos CS, Lopes SG, Pereira COM, Carvalho R. Implementação de *checklist* de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20190874. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0874>
6. Ribeiro L. Adesão e efeito do checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos entre pacientes cirúrgicos. [tese]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2019.
7. Marquioni FSN, Moreira TR, Diaz FBBS, Ribeiro L. Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino. *Rev SOBECC*. 2019;24(1):22-30. <https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010006>
8. Gama CS, Backman C, Oliveira AC. Impacto do uso do checklist cirúrgico e completude em complicações e mortalidade em cirurgias colorretais de urgência. *Rev Col Bras Cir*. 2022;48:e20213031. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20213031>
9. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Patches Dellinger E, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
10. Röhsig V, Maestri RN, Mutlaq MFP, Souza AB, Seabra A, Faria ER, 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 (Lond)*. 2020 May 11;55:19-23. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.04.027>
11. Silva PHA, Conde MBC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacón JC. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. *Rev Col Bras Cir*. 2020;47:e20202429. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202429>
12. Spencer EA, Mahtani K. Hawthorne effect. In: *Catalogue Of Bias*; 2017.
13. Barros ACS, Pereira LC, Cavalcante RM, Nascimento LMO, Lopes EM. Use of the Surgical Safety Checklist in a maternity teaching hospital in the state of Ceará, Brazil. *Rev SOBECC*. 2023;28:E2328902. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328902>
14. Gul F, Nazir M, Abbas K, Khan AA, Malick DS, Khan H, et al. Surgical safety checklist compliance: the clinical audit. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;81:104397. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104397>
15. Ohagwu IC, Seyi-Olajide JO, Ofuase A, Obi SI, Desalu I. 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*. 2025;22(2):75-81. https://doi.org/10.4103/jcls.jcls_127_24
16. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Saf Surg*. 2019;13:14. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>
17. Kamal MT, Seth US, Fattani B, Khan MTJ, Lattaf S, Umer MF. Ensuring safe surgery: a closed-loop audit of the WHO Surgical Safety Checklist practices. *Cureus*. 2025;17(6):e85868. <https://doi.org/10.7759/cureus.85868>
18. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem perioperatória e processamento de produtos para saúde. 8ª ed. São Paulo: SOBECC; 2021.