

A PERCEPÇÃO E APRENDIZADO DO CHECKLIST CIRURGIA SEGURA NA ÓTICA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Rosa Maria Fernambel Marques e Silva¹;

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ.

<http://lattes.cnpq.br/6991474397692066>

Márcia Valéria Rosa Lima².

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ.

<http://lattes.cnpq.br/7732864604263060>

RESUMO: O checklist de cirurgia segura é uma ferramenta proposta pela Organização Mundial de saúde para sanar erros e eventos adversos no intraoperatório. Objetivos: Identificar a partir da percepção dos acadêmicos de enfermagem, quais itens devem contemplar o checklist cirurgia segura. E se o ensino está contribuindo para o aprendizado das boas práticas. Método: Investigativo, abordagem quali-quantitativo, de 15 a 31 março 2025. Foram 30 acadêmicos de enfermagem de instituição pública, que estavam cursando ou passaram na disciplina cirúrgica, e responderam ao questionário dividido nas três etapas do checklist cirurgia segura. Para a análise dos dados, utilizou-se análise de conteúdo e descritiva simples. Resultados e discussão: Os itens que devem contemplar o checklist na percepção dos acadêmicos foram: Etapa 1 (identificação do paciente 95%); Etapa 2 (demarcação de sítio cirúrgico 65%); Etapa 3 (vigilância de resultados cirúrgicos 60%). Para 20% dos acadêmicos, o aprendizado restringiu-se a teoria e não aplicaram o checklist na prática. Conclusão: A partir da percepção dos acadêmicos de enfermagem, identificou-se que eles detêm conhecimentos fragmentados e falta integração entre ensino e prática. Emergiram lacunas específicas e imprescindíveis na assistência intraoperatória. Sugere-se mais treinamentos práticos, feedbacks dos docentes, uso exaustivo do checklist verificação cirúrgica e a construção de instrumento de apoio.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem perioperatória. Lista de checagem. Ensino

PERCEPTION AND LEARNING REGARDING THE SAFE SURGERY CHECKLIST FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING STUDENTS

ABSTRACT: The safe surgery checklist is a tool proposed by the World Health Organization to address errors and adverse events during the intraoperative period. **Objectives:** To identify which items should be included in the safe surgery checklist based on the perceptions of

nursing students, and whether their education is contributing to learning best practices.

Method: This is an investigative study using a mixed-methods (qualitative-quantitative) approach conducted from March 15 to 31, 2025. The participants included 30 nursing students from a public institution who were currently taking or had completed the course on surgical nursing. They responded to a questionnaire divided into the three stages of the safe surgery checklist. Data analysis involved content analysis and simple descriptive statistics.

Results and Discussion: The items identified by students as essential for the checklist were: Stage 1 (patient identification – 95%); Stage 2 (surgical site marking – 65%); and Stage 3 (monitoring of surgical outcomes – 60%). Learning was limited to theory for 20% of the students, and they had not applied the checklist in practice. **Conclusion:** The students' perceptions revealed fragmented knowledge and a lack of integration between education and practice. Specific and critical gaps in intraoperative care were identified. Recommendations include increased practical training, feedback from instructors, consistent use of the surgical safety checklist, and development of a supporting tool.

KEYWORDS: Perioperative nursing. Checklist. Teaching.

INTRODUÇÃO

Cresce o número de procedimentos cirúrgicos com o avanço das cirurgias minimamente invasivas, estéticas e ambulatoriais. Mundialmente, são mais de 330 milhões de cirurgias por ano e em 2025, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou pelo menos 14,7 milhões cirurgias eletivas. As complicações surgem em um a cada cinco pacientes, a taxa de mortalidade sobe entre 30 e 90 dias após a cirurgia, podendo ainda existir o óbito durante ou imediatamente após a cirurgia. E com intervenções de cuidados apropriados, mais da metade dos eventos adversos poderiam ser evitados (Fowler *et al.*, 2022).

Como proposta de mudar essa realidade e focado na segurança do paciente cirúrgico, nos anos 2004 foi lançado o segundo desafio global “cirurgia segura salva vidas” pela Organização Mundial da Saúde como uma iniciativa dentro da Aliança Mundial, no qual trouxe o checklist de cirurgia também chamado de Lista de Verificação de Cirurgia Segura. Instrumento incorporado à prática hospitalar entre 2007 e 2008 (Organização Mundial da Saúde, 2009).

O checklist de Verificação de Segurança Cirúrgica engloba três momentos: “Sign In” (antes da indução anestésica), “Time Out” ou Pausa (antes da incisão) e “Sign Out” (antes do paciente deixar o centro cirúrgico). Foi desenvolvido para auxiliar as equipes de saúde a reduzirem a ocorrência de danos ao paciente durante as cirurgias, no intraoperatório. E pode ser adequado às necessidades e realidade de cada instituição (Tostes e Galvão, 2020).

Na assistência cirúrgica o checklist constitui-se como instrumento de grande valia para certificar que nenhuma etapa ficou pendente na segurança do paciente, já que a ferramenta permite a checagem de itens importantes que poderiam ser esquecidos pela equipe (Souza *et al.*, 2021).

De fácil aplicação, compreensão e baixo custo para implementação. Seu uso permite identificar problemas e implantar melhorias no cuidado assistencial intraoperatório. Reforça os passos críticos de segurança antes e depois de cada cirurgia, prevenindo infecções de sítio cirúrgico e falhas evitáveis pela equipe, promovendo indicadores de assistência segura, melhor comunicação e resultado de trabalho (Rabêlo, 2022; Silva, 2023; Falcão, 2024).

Mas, apesar dos benefícios à prática cirúrgica, estudos como o realizado nos centros cirúrgicos do Hospital Escola Emílio Carlos e do Hospital Padre Albino, ambos localizados em Catanduva-SP, com total de sessenta e oito cirurgiões e residentes, chamam atenção pela existência de falhas na dinâmica e na adesão de algumas etapas do checklist (Silva *et al.*, 2020).

Diante dessa problemática da forma como o checklist é compreendido, qual a sua importância e aplicabilidade nas instituições e de poder passar algum cuidado cirúrgico despercebido e não aprendido desde a formação do ensino teórico-prático; constitui-se a relevância deste estudo em identificar esse conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o checklist e seu contato com o instrumento na prática hospitalar. Uma vez que, os acadêmicos serão os futuros enfermeiros responsáveis por uma prática cirúrgica segura. Dada as repercussões que podem, inclusive, culminar com danos, prolongamento de hospitalização ou óbito.

Como lacunas do conhecimento, a necessidade de trabalhar a barreira de segurança desde a formação, averiguando os pontos favoráveis e as possíveis fragilidades na compreensão do instrumento por parte dos acadêmicos.

Em um estudo desenvolvido nas 172 unidades de saúde públicas e privadas na Etiópia, de dezembro de 2020 a maio de 2021, com total de 1.720 cirurgias eletivas e de emergência de grande porte, onde 140 eram públicas e 32 privadas, os autores concluíram que o preenchimento do checklist reduziu significativamente a mortalidade perioperatória e os eventos adversos de anestesia. Só que em contrapartida, decepcionantemente, em 58,9% procedimentos cirúrgicos não usaram o checklist de cirurgia, e a oportunidade para reduzir complicações foi perdida (Sibhatu *et al.*, 2022).

Para Santos *et al.* (2020) são necessárias mudanças e adaptações no ambiente de trabalho e no desempenho de práticas assistenciais para a efetiva implementação e adesão da Lista de Verificação de forma completa e correta. E a enfermagem docente nesse contexto, justifica-se como forte colaboradora educativa no ensino da importância do instrumento tanto na teoria quanto no campo prático (Ribeiro, *et al.*, 2024). Aqui, mais uma vez o embasamento científico para pensarmos na contribuição da boa formação profissional.

E sobretudo, por se tratar de uma tecnologia leve de recente implantação, ainda pouco explorada nos países em desenvolvimento, em especial, no Brasil (Faria, *et al.*, 2022).

OBJETIVO

Identificar a partir da percepção dos acadêmicos de enfermagem, quais itens devem contemplar o checklist cirurgia segura. E se o ensino está contribuindo para o aprendizado das boas práticas.

METODOLOGIA

Pesquisa investigativa, com abordagem quali-quantitativo, natureza aplicada e descritivo. Com objetivo de identificar a partir da percepção dos acadêmicos de enfermagem, quais itens devem contemplar o checklist cirurgia segura. E se o ensino está contribuindo para o aprendizado das boas práticas.

Participaram 30 alunos de graduação em enfermagem, de uma instituição pública, localizada no Estado do Rio de Janeiro, desenvolvido de 15 a 31 de março 2025. Sendo o número de estudantes constituído por demanda espontânea.

Os alunos foram convidados previamente a participarem da pesquisa através de um grupo formado no aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas. O convite abarcou os critérios de inclusão: ser regularmente matriculado na universidade pública cenário desta pesquisa e já ter cursado ou estar cursando a disciplina cirúrgica do quinto período; e assim, ter passado pelo centro cirúrgico que se constitui campo de estágio teórico-prático. Os exclusão: Não responderem todas as perguntas que compunham o questionário do estudo e os menores de 18 anos, pois não há público-alvo da pesquisa nesta faixa etária.

Na mensagem encaminhada, os pesquisadores deixavam claro o objetivo do estudo e foi garantido o anonimato dos dados pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todos os preceitos éticos. Após o aceite dos sujeitos (acadêmicos de enfermagem) na pesquisa, os pesquisadores os enviavam o questionário eletrônico pela plataforma Google Forms.

O questionário elaborado para coleta de dados abrangeu primeiramente perguntas objetivas para uma breve identificação dos sujeitos acerca do período da graduação bem como experiência prévia com centro cirúrgico, e se tiveram oportunidade de observar e/ou utilizar o checklist de verificação cirúrgica durante os estágios que realizaram no centro cirúrgico do Hospital Universitário.

Em seguida, o questionário contemplou questões abertas relacionadas ao checklist cirúrgico pedindo aos participantes que de maneira discursiva pontuassem os itens que julgavam importante para a Etapa 1, Etapa 2 e Etapa 3 do Checklist de Cirurgia Segura proposto pela OMS, independentemente de estes já estarem ou não abrangidos no checklist

existente (Organização mundial da saúde, 2009).

Nesse momento, as questões permitiram aos participantes construírem suas respostas individualmente e terem maior liberdade de expressão; indo além do olhar apenas para o checklist proposto pela OMS.

As respostas foram coletadas entre os dias 15 e 31 de março de 2025. Ao ser atingido tal data prevista e o quantitativo pré-estabelecido, a plataforma Google Forms efetuou o bloqueio do recebimento de respostas.

Os dados gerados das respostas coletadas pela plataforma Google Forms foram exportados por meio de planilhas a fim de serem armazenados fora da nuvem. A seguir, feito uma leitura criteriosa das respostas, que foram categorizadas e comparadas com o checklist da OMS (Organização mundial da saúde, 2009).

Para a análise dos dados foi empregada a técnica análise de conteúdo e descritiva simples. Os resultados apresentados em quadros e fundamentados com a literatura científica para atender aos propósitos da pesquisa.

É importante salientar que a pesquisa foi norteada pelos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número 40346220.0.0000.5243.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 30 alunos de graduação em enfermagem participantes do estudo pertenciam entre o quinto e décimo período. Uma maioria de 50% dos acadêmicos de enfermagem eram do oitavo período de graduação, 35% do nono período, 10 % sétimo período e 5% décimo período.

Na pergunta se tiveram oportunidade de observar e/ou utilizar o checklist de verificação cirúrgica durante os estágios que realizaram no centro cirúrgico do Hospital Universitário, responderam que sim 80% dos acadêmicos de enfermagem. Os demais 20%, informaram que não tiveram a oportunidade de aplicar o checklist no campo prático.

O achado que 20% dos acadêmicos não tiveram a oportunidade de manipular o checklist, deixa a lacuna e o dado científico inovador de pensar a aplicabilidade dos instrumentos nos cenários cirúrgicos e em observar e contrastar o ensino com outras realidades acadêmicas. Na área da enfermagem, identifica-se publicações referentes a preocupação com o uso do checklist aplicado pelos profissionais da prática, mas sem a preocupação maior de já iniciar a mudança pela formação (Santos, 2023; Colleto, 2022).

No Quadro 1, foi apresentado o que os acadêmicos perceberam necessário contemplar a primeira etapa do checklist “Sign In”, que é antes da indução anestésica. Um percentual de (95%) referiram a identificação do paciente, seguido da marcação de sítio cirúrgico (60%), atenção com pacientes alérgicos (50%), termo de consentimento cirúrgico

(40%), avaliação pré-anestésica (15%), acesso endovenoso adequado (15%), avaliação das vias aéreas (10%), realização de antibioticoprofilaxia (10%) e contagem de instrumental cirúrgico (5%).

Quadro 1. Itens que devem contemplar a etapa 1 do checklist de cirurgia segura na percepção dos acadêmicos de enfermagem e comparados aos objetivos correspondentes da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS. (n=30). Niterói (RJ), Brasil, 2025.

Item	Total de citações nas respostas n (%)
Identificação do paciente	19 (95)
Demarcação de sítio cirúrgico	12 (60)
Paciente alérgico	10 (50)
Consentimento cirúrgico confirmado pelo paciente	8 (40)
Avaliação pré-anestésica	3 (15)
Acesso endovenoso adequado	3 (15)
Avaliação de vias aéreas	2 (10)
Realização de antibioticoprofilaxia	2 (10)
Contagem de instrumental cirúrgico	1 (5)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

O item mais citado pelos acadêmicos na primeira etapa do checklist (antes da indução anestésica ou Sign In) foi relacionado a preocupação de colocar a pulseira de identificação com o nome completo e data de nascimento.

A identificação do paciente, para os (95%) dos alunos e ratificado na literatura, é indispensável à prática de uma assistência segura em qualquer ambiente de cuidado seja ele cirúrgico, ambulatorial ou de emergência. Os erros na identificação podem acarretar trocas de pacientes, procedimentos equivocados, fatalidades, processos jurídicos e perda da credibilidade de qualidade à instituição e profissionais. Assim, deve ser visto como prioridade pela equipe cirúrgica desde a admissão até a saída e quando possível, com a participação da família do paciente (Silva, et al., 2020).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a prática segura para prevenção de erros de identificação é conter pelo menos dois identificadores destes citados: nome completo do paciente; nome completo da mãe do paciente; data de nascimento do paciente; número de prontuário do paciente. E se for recém-nascido, minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido e outras informações padronizadas pelo serviço de saúde (Ministério da Saúde, 2021; Ministério da Saúde, 2013).

A demarcação de sítio cirúrgico percebida por 60% dos acadêmicos como outro meio de minimizar danos, corrobora com o guideline 2009 das diretrizes para implantação do protocolo da segurança do paciente cirúrgico e com o próprio checklist, no qual o símbolo da demarcação deve ser padronizado e definido pela instituição, além de evitar as marcas ambíguas, como por exemplo, a letra X (World Health Organization, 2009).

Nessa mesma etapa antes da indução anestésica, ou seja, enquanto o paciente estiver alerta e acordado, devem ser feitas as confirmações pelo próprio paciente não só do sítio cirúrgico a ser demarcado como também do procedimento cirúrgico a ser realizado. Porém, os acadêmicos não atentaram e não tiveram essa percepção. (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Denotou o alerta de preocupação para 50% dos acadêmicos de enfermagem, da possibilidade do paciente ser alérgico. Isso corrobora com dados científicos, que trazem os bloqueadores neuromusculares como responsáveis por 69,2% das reações alérgicas, seguidas pelo látex com 12,1%, e os antibióticos com 8%, sendo considerados uma emergência que pode levar a morte (Sousa, *et al.*, 2021).

Como meio de reversão do quadro, preconiza-se a importância do cessamento do agente causador, manter vias aéreas, ofertar O₂ a 100% e reanimação volêmica (Sousa, *et al.*, 2021). Nesse contexto, além da checagem do histórico de alergias, cabe aos profissionais de saúde médicos e enfermeiros reconhecerem os protocolos de verificação de segurança anestésica e seus papéis de atuação.

Os acadêmicos de enfermagem não direcionaram suas respostas para a atenção da verificação dos equipamentos e se estavam disponíveis em sala operatória, conforme é preconizado antes da indução anestésica pelo checklist da OMS (Organização Mundial da Saúde, 2009). Apenas o acesso venoso adequado para fluidos surgiu em 15% das respostas e o planejamento para avaliação de vias aéreas 10%. Outro fator de risco de igual relevância, que é o risco de perda sanguínea maior que 500 ml nos adultos e 7ml/kg em crianças, também não foi cogitado nas respostas.

Os termos de consentimento cirúrgico descritos por 40% foram: checar a avaliação pré-anestésica e autorização para hemotransfusão. De acordo com o código de ética, é vedado ao médico efetuar procedimentos sem o esclarecimento e o consentimento do paciente. E nos casos que a comunicação possa causar danos, cabe a comunicação ser feita ao seu representante legal. A enfermagem, portanto, como integrante da equipe cirúrgica, também deve atender às diretrizes legais e morais relacionadas à assistência à saúde (Flores, 2024; Oliveira, 2021). Em nossa pesquisa proposta, 60% dos acadêmicos não visualizaram a importância do termo de consentimento ser atribuição de checagem da enfermagem.

Equivocadamente, a profilaxia antimicrobiana administrada nos últimos 60 minutos citada por (10%) e a revisão da equipe de enfermagem (5%) que devem ser checadas antes da incisão cirúrgica, foram identificadas antecipadamente pelos graduandos, ou seja,

no momento antes da indução anestésica. Refletindo, aqui, o desconhecimento dos três momentos da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Com relação à segunda etapa que é antes da incisão e designada “Time Out”, os acadêmicos tiveram como percepção os profissionais de enfermagem, anestesista e cirurgião checarem conjuntamente em sala operatória: a marcação do sítio cirúrgico (65%), seguido de antibioticoprofilaxia (55%), a confirmação da identificação do paciente (40%), eventos críticos previstos (35%), a degermação, confirmação da equipe por nomes e funções e a contagem de instrumentais cirúrgicos (20%), como apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Itens que devem contemplar a etapa 2 do checklist de cirurgia segura na percepção dos acadêmicos de enfermagem e comparados aos objetivos correspondentes da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS. (n=30). Niterói (RJ), Brasil, 2025.

Item	Total de citações nas respostas (n)
Confirmação verbal de sítio cirúrgico pela equipe	13 (65)
Antibioticoprofilaxia	11 (55)
Confirmação da identificação do paciente	8 (40)
Eventos críticos previstos na revisão do cirurgião e anestesista	7 (35)
Degermação	4 (20)
Confirmação da equipe por nomes e funções	4 (20)
Contagem de instrumental cirúrgico	4 (20)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Na segunda etapa (Time out) o item da confirmação verbal pelo cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem a cerca da marcação de sítio cirúrgico aparece como mais referidos pelos acadêmicos 65%, o que é bem positivo quando analisamos o dado internacional de incidentes. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (2009) apontam que as cirurgias em local errado e no paciente errado equivaleram a 1.500–2.500 incidentes nos Estados Unidos. E as falhas na comunicação entre os membros da equipe e problemas de liderança são os maiores fatores que contribuem para tal.

Aqui, vale destacar que na segunda etapa (antes da incisão) o cirurgião, anestesista e enfermeiro devem fazer concomitantemente a confirmação do nome do procedimento, que foi mais uma vez negligenciado nas respostas. 40% dos acadêmicos só concentraram na equipe confirmar a identificação do paciente, e outros 20% nos membros de equipe se apresentarem entre si.

Houve novamente a atenção de 55% dos acadêmicos com a antibioticoprofilaxia. Eles perceberam a prevenção de infecção do sítio cirúrgico como primordial, a microbiota e o risco de contaminação a partir do momento em que é feita a incisão.

O objetivo da profilaxia com antibióticos é a prevenção de infecção através da diminuição da carga microbiana no local da operação, onde a dosagem ideal é aquela que mantenha níveis do antibiótico no sangue e nos tecidos que excedam a concentração inibitória mínima para os possíveis patógenos, desde o momento da incisão até o fechamento da ferida cirúrgica. Para atingir estes níveis a profilaxia deve ser iniciada, em quase todas as circunstâncias, pelo menos 30-60 min antes da incisão na pele (Pereira, 2020; Costa 2020).

O preparo da pele na sala operatória com clorexidina a 2% alcoólica antes da incisão e com clorexidina a 2% aquosa nos procedimentos próximos à mucosa, foi abordado por 20% dos acadêmicos.

A revisão e confirmação dos possíveis eventos críticos foi dita por 35%. Conforme o desafio global para a segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (2009), este é o nono objetivo para uma cirurgia segura e depende da comunicação efetiva em equipe para a condução segura da operação.

E não menos importante, embora tenha sido menos referida pelos participantes do estudo é a contagem de instrumentais cirúrgicos e a garantia de estarem conforme as normas de esterilização, que chegou a 20%. Um alerta para reforçar na formação, já que a retenção inadvertida de materiais é um evento adverso, não raro, no ambiente intraoperatório e pode resultar em novas intervenções cirúrgicas, gastos hospitalares e até mesmo o óbito (Treviso, et al., 2022).

Além, do saber sobre a existência ou não de imagens, que é preconizado no segundo momento do checklist cirúrgico, mas os alunos deixaram passar despercebido como critério de segurança.

Na terceira e última etapa designada “Sign Out” (antes do paciente sair da sala de operações), houve predominância de respostas dos acadêmicos de enfermagem relacionadas a vigilância de resultados cirúrgicos (60%), seguido de contagem instrumental (55%) e descrição cirúrgica (50%). A contagem de compressas foi mencionada por apenas (45%), bem como as identificações, seja do paciente (30%) ou dos espécimes cirúrgicos (15%), todos demonstrados no Quadro 3.

Quadro 3. Itens que devem contemplar a etapa 3 do checklist de cirurgia segura na percepção dos acadêmicos de enfermagem e comparados aos objetivos correspondentes da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS. (n=30). Niterói (RJ), Brasil, 2025.

Item	Total de citações nas respostas (n)
Vigilância de resultados cirúrgicos	12 (60)
Contagem de instrumental	11 (55)
Descrição cirúrgica	10 (50)
Contagem de compressas	9 (45)
Identificação do paciente	6 (30)
Identificação de espécimes cirúrgicos	3 (10)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Na terceira e última etapa (Check out), a vigilância de resultados cirúrgicos foi apontada por 60% dos acadêmicos. Mesmo compreendendo que a vigilância não faz parte do checklist de cirúrgica, ela compõe o décimo objetivo para uma cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (2009) e algo relevante à prática cirúrgica, quando é pensado que seus dados podem gerar indicadores e informar tudo que ocorreu durante a cirurgia.

A contagem de instrumental foi mais perceptível pelos acadêmicos 55% quando comparada a contagem de compressas 45%. Como parte do rastreamento geral de itens na sala operatória, as duas contagens têm iguais importâncias para o terceiro momento do checklist segurança cirúrgica. E ainda restou a contagem das agulhas como parte da prevenção de retenção, que não foi abordada pelos acadêmicos e inclui este momento.

Cada serviço deve estabelecer as normas para contagens cirúrgicas que especifique quem e quais itens devem ser contados e como as contagens, incluindo as incorretas devem ser documentadas (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Os erros relacionados a contagem manual por vezes acontecem e a literatura propõem a inserção das tecnologias como uso de compressas com código de barra e das compressas com etiquetas de identificação por radiofrequência (Gomes, *et al.*, 2024).

O registro, ficou subentendido na descrição cirúrgica por 50% dos acadêmicos. Esses veem a ação de registrar o procedimento cirúrgico como amparo legal a cada membro da equipe e cabendo ao enfermeiro o registro de todas as etapas e a continuidade dos cuidados. O que corrobora com os dados científicos publicados e pode-se agregar outros benefícios dos registros que são: a melhora da comunicação interprofissionais, o raciocínio clínico diante de situações e condutas, e redução do impacto financeiro (Sulzbach, *et al.*, 2022).

Os documentos resultantes dos procedimentos cirúrgicos são fontes de informações para investigação de procedimentos cirúrgicos, infecções, erros cirúrgicos e exposição ocupacional a material biológico. Esses registros subsidiam os indicadores de avaliação dos serviços prestados, direcionando as práticas seguras. A equipe de enfermagem deve garantir um processo de recuperação seguro e centrado na prevenção de complicações (Amaya, 2015; Sulzbach, 2022).

Para 30% dos acadêmicos, o checklist na etapa Check out deveria novamente comportar a identificação do paciente. Se levarmos em consideração a lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde (2009), onde a identificação se limita e é feita apenas nas duas etapas iniciais, isto já é uma particularidade importante levantada na percepção dos alunos para aperfeiçoar o checklist proposto.

Outro item apontado pelos acadêmicos de enfermagem é a atenção para a forma de utilização da paramentação cirúrgica pela equipe. Apesar de não ser um item que compõem originalmente a lista de verificação segurança cirúrgica da OMS, configura-se como nova descoberta e proposta de inclusão a observância do uso da paramentação adequada no

checklist a ser aplicado.

E com relação a identificação das peças cirúrgicas, 15% dos acadêmicos reconheceram a identificação como parte da segurança e presente na etapa do Sign Out. Indo de acordo com o estimulado pelo oitavo objetivo da Organização Mundial da Saúde (2009), onde a equipe manterá seguro e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.

Mas, esse dado gerado de 15% ainda é um baixo percentual e reforça a ideia de que é preciso trabalhar desde a formação a responsabilidade de conferência por todos os participantes no procedimento e retratar a importância desse momento final em não errar. Isso representa ao paciente investigação de uma doença, ter um diagnóstico, além de fornecer informações que contribuem com a escolha do tratamento adequado e um prognóstico único.

A equipe deve confirmar que todos os espécimes cirúrgicos estejam corretamente identificados e etiquetados com a identidade do paciente, o nome do espécime e a localização (local e lado) da qual o espécime foi obtido; para tal deve ter um membro da equipe que leia em voz alta a etiqueta / identificação do espécime e outro que confirme verbalmente a concordância (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Limitações do estudo: Ter sido realizado apenas em uma instituição. A ampliação para estudar outras instituições públicas e até as privadas; e dispor de maior número de acadêmicos pesquisados na área enfermagem podem corroborar e fortalecer estes achados e dar maior relevância a exploração desta temática no ensino-formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe subsídios para o entendimento da importância do checklist como aliado na busca pela segurança do paciente no atendimento cirúrgico intraoperatório, sendo um instrumento capaz de melhorar a qualidade da assistência e que envolve a responsabilidade na segurança desde a formação até a cultura prática da instituição.

Oferece sobretudo, o raciocínio clínico científico e a oportunidade aos acadêmicos e futuros profissionais de expressarem e refletirem como está a cultura de segurança, o seu aprendizado e suas preocupações quanto a checagem e preenchimento completo dos itens que fazem parte das boas práticas do processo cirúrgico.

Salienta-se através desta pesquisa a necessidade de aumentar o contato dos acadêmicos de graduação com o checklist de verificação cirúrgica durante o estágio teórico-prático no hospital universitário, tendo em vista que é neste momento da graduação onde há uma maior oportunidade de formar profissionais comprometidos em prestar uma assistência segura e de ser agente transformador para levar qualidade aos pacientes.

Identificou-se segundo a percepção dos acadêmicos de enfermagem, que esses detêm conhecimento do checklist de forma fragmentada, com algumas inconformidades e há falta de sistematização no ensino-prático visto que, 20% registraram a falta de contato com o checklist segurança cirúrgica no seu aprendizado de ensino prático.

Emergiram lacunas quanto a questões específicas e imprescindíveis para a assistência intraoperatória e que necessitam ser compreendidas pelos acadêmicos em sua formação para boa prática de enfermagem futura, mas que faltaram aqui. Tais como: A confirmação do procedimento pelo próprio paciente; as imagens disponíveis; a observância da verificação dos equipamentos e se estavam disponíveis na sala operatória; a conferência final da contagem das agulhas; e a atenção para possível perda sanguínea, que não foi cogitado.

Tal fato sugere que o ensino prático de enfermagem e a cultura institucional adotadas sejam reavaliadas. E propõem-se, portanto, mais horas de treinamentos práticos e que o checklist de verificação cirúrgica seja exaustivamente abordado junto aos acadêmicos de enfermagem no estágio teórico-prático do centro cirúrgico. E a construção de um instrumento de apoio que norteie os estudantes, para que questões tão importantes para a boa prática científica de enfermagem não passem despercebidas e resultem em rotinas futuras de trabalho inadequadas ou sem segurança cirúrgica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência de Vigilância Sanitária. Práticas seguras para prevenção de erros de identificação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_9-ggtes_web.pdf/view . Acesso em: 11 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 02: Protocolo de identificação do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz; 2013. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/protocolo/protocolo-de-identificacao-do-paciente-0>. Acesso em: 11 abr. 2025.

COLETTI, P. M. C. et al. Checklist de cirurgia segura: conhecimento e desafios da equipe de enfermagem. **Health Resid. J**, v. 3, n. 14, p. 641-658, 2022.

COSTA, A. C. et al. What's new in infection on surgical site and antibioticoprophylaxis in surgery? **Arq Bras Cir**, v. 33, n. 4, p. 1-5, 2020.

FALCÃO, A. S. et al. Adesão ao preenchimento do checklist de cirurgias seguras oftalmológicas. **Rev. SOBECC**, São Paulo, 29:E2429985, p. 1-8, 2024.

FARIA, L. R. et al. Efeito do Checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos: contribuições de um estudo nacional. **Rev Col Bras Cir**, 49:e20223286, p. 1-12, 2022.

FLORES, K. M. N. et al. Avaliação pré anestésica e seus fatores precisos dentro do bloco cirúrgico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 2321-

2331, 2024.

FOWLER, A. J. et al. Long-term mortality following complications after elective surgery: a secondary analysis of pooled data from two prospective cohort studies. **British Journal of Anaesthesia**, v. 129, n. 4, p. 588-597, 2022.

GOMES, E. T. et al. Albuquerque ELMS, Pereira ACM, Puschel VAA. Contagem cirúrgica: projeto de implementação e manutenção de um procedimento padronizado baseado em evidências. **Rev. Bras Enferm**, v. 76, n. 1, p. 1-6, 2023.

OLIVEIRA, G. S. A. et al. Termo de consentimento informado x checklist de cirurgia segura: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. 1-11, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Genebra: World Health Organization, 2009. Disponível em: https://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.

PEREIRA, L. B. et al. Surgical antibiotic prophylaxis: is the clinical practice based on evidence? **einstein (São Paulo)**, v. 8:eAO5427, p. 1-7, 2020.

RABÊLO, P. P. C. et al. Prazeres PN, Bezerra TC, Cruz dos Santos DJL, Moura NAV, Júnior AD. Enfermagem e a aplicação da lista de cirurgia segura: uma revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, São Paulo, 27:E2227856, p. 1-9, 2022.

RIBEIRO, K. R. A. et al. Utilização do checklist para cirurgia segura: contribuições do enfermeiro na redução de eventos adversos. **Caderno de Publicações Univag**, n. 14, p. 6-18, 2024.

SANTOS, E. A. et al. Surgical safety checklist: knowledge and challenges for the surgical center team. **Revista Enfermería Actual**, n. 38, p. 1-14, 2020.

SANTOS, L. J. M. et al. Limitations and possibilities in implementing the surgical safety checklist. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 97, n. 3, p. 1-14, 2023.

SIBHATU, M. K. et al. Compliance with the World Health Organization's surgical safety checklist and related postoperative outcomes: a nationwide survey among 172 health facilities in Ethiopia. **Patient Saf Surg**, v. 16, n. 20, p. 1-7, 2022.

SILVA, M. P. et al. Análise sobre o conhecimento e a taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura pela equipe multidisciplinar para prevenção de complicações cirúrgicas. **Brazilian Journal of Developmen**, v. 9, n. 1, p. 1861-1877, 2023.

SILVA, P. H. A. et al. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. **Rev Col Bras Cir**, 47:e20202429, p. 1-7, 2020.

SILVA, R. H. et al. Segurança do paciente e cirurgia segura: uma revisão integrativa. **Revista**

de Ciências da Saúde. v. 32, n. 2, p. 121-130, 2020.

SOUSA, L. F. T. et al. Critérios clínicos para diagnóstico e tratamento adequado da anafilaxia perioperatória. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. 1-8, 2021.

SOUZA, A. C. O. et al. Checklist: cirurgias seguras salvam vidas. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 4, n. 9, p. 175-187, 2021.

SULZBACH, S. R. et al. Avaliação dos registros de enfermagem por meio do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes. **Rev. Enferm. UFSM**. v. 12, p. 1-19, 2022.

TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M. Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 204-211, 2020.

TREVISIO, P. et al. Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: ações de segurança propostas por enfermeiros especialistas. **Rev. SOBECC**, São Paulo, 27:E2227777, p. 1-10, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009**. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2025.