

## O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CIRURGIA SEGURA: O USO DE CHECKLIST COMO FERRAMENTA CENTRADA NA SEGURANÇA DO PACIENTE

THE ROLE OF THE NURSE IN SAFE SURGERY: THE USE OF CHECKLISTS AS A PATIENT SAFETY-CENTERED TOOL

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA CIRUGÍA SEGURA: EL USO DE LISTAS DE VERIFICACIÓN COMO HERRAMIENTA CENTRADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sunamita Daniela Nascimento Lopes<sup>1</sup>

Keila do Carmo Neves<sup>2</sup>

Taiana Daniella Pereira de Azevedo<sup>3</sup>

**RESUMO:** Introdução: A cirurgia constitui um dos campos de maior complexidade e risco nos serviços de saúde, concentrando elevada carga de eventos adversos potencialmente evitáveis. Nesse contexto, a Lista de Verificação de Cirurgia Segura desponta como tecnologia central para a gestão de riscos, tendo o enfermeiro como ator estratégico na sua operacionalização. Objetivo: Analisar em que medida o uso do checklist de cirurgia segura, sob a liderança do enfermeiro, configura-se como estratégia efetiva de segurança do paciente no contexto cirúrgico, identificando obstáculos e potencialidades na sua utilização cotidiana. Método: Revisão integrativa da literatura, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, com busca de artigos completos em português, publicados entre 2020 e 2024. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, compuseram o corpus 12 artigos científicos que abordavam o uso do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos, com foco na atuação da enfermagem. Os estudos foram submetidos a análise temática, organizada em quatro categorias. Resultados: A análise evidenciou o enfermeiro como ator central na operacionalização do checklist, articulando dimensões assistenciais, gerenciais e educativas. Foram identificadas barreiras relevantes à adesão qualificada, como insuficiência de recursos, pressão por produtividade, hierarquias rígidas, compreensão burocrática do instrumento e fragilidades na comunicação interprofissional. Em contrapartida, o checklist mostrou potencial para ordenar etapas críticas do cuidado, prevenir eventos adversos, estruturar pausas de comunicação e apoiar processos de educação permanente e auditoria em segurança do paciente. Conclusão: O checklist de cirurgia segura, quando conduzido sob liderança reconhecida e sustentada do enfermeiro, configura-se como estratégia potente para o fortalecimento da segurança do paciente no perioperatório. Sua efetividade, contudo, depende de condições institucionais que enfrentem obstáculos organizacionais e culturais e incorporem o protocolo a políticas de educação permanente e gestão da qualidade em saúde.

386

**Descritores:** Segurança do Paciente. Enfermagem Perioperatória. Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Cirurgia Segura. Liderança em Enfermagem.

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Associação de Ensino Universitário (UNIABEU).

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ/EEAN. Pós-Graduada em Nefrologia e UTI Neonatal e Pediátrica; Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UNIG. Docente do Curso de Graduação da UNIABEU. Coordenadora de Atenção Básica do Município de Queimados-RJ. Membro dos grupos de Pesquisa NUCLEART e CEHCAC da EEAN/UFRJ.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Ensino de Ciências -IFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIABEU.

**ABSTRACT:** Introduction: Surgery is one of the most complex and high-risk areas in health care, concentrating a significant burden of potentially preventable adverse events. In this scenario, the Surgical Safety Checklist emerges as a key risk management technology, with nurses playing a strategic role in its implementation and daily use. Objective: To analyze the extent to which the use of the surgical safety checklist, under nurses' leadership, constitutes an effective strategy for patient safety in the surgical setting, identifying obstacles and potentialities in its everyday use. Method: An integrative literature review was conducted in the Virtual Health Library, including full-text articles in Portuguese, published between 2020 and 2024. After applying inclusion and exclusion criteria, the corpus comprised 12 scientific articles addressing the use of the surgical safety checklist in operating rooms, with emphasis on nursing practice. The studies were subjected to thematic analysis, organized into four analytical categories. Results: The analysis highlighted nurses as central actors in operationalizing the checklist, articulating care, managerial and educational dimensions. Important barriers to qualified adherence were identified, such as insufficient resources, productivity pressure, rigid hierarchies, a bureaucratic understanding of the instrument and weaknesses in interprofessional communication. Conversely, the checklist showed significant potential to structure critical steps of care, prevent adverse events, organize formal communication pauses and support continuing education and audit processes in patient safety. Conclusion: When led by nurses whose clinical leadership is institutionally recognized and supported, the surgical safety checklist constitutes a powerful strategy for strengthening patient safety in the perioperative setting. Its effectiveness, however, depends on institutional conditions that address organizational and cultural barriers and embed the protocol within broader policies of continuing education and quality management in health care.

387

**Keywords:** Patient Safety. Perioperative Nursing. Surgical Safety Checklist. Safe Surgery. Nursing Leadership.

**RESUMEN:** Introducción: La cirugía constituye uno de los ámbitos de mayor complejidad y riesgo en los servicios de salud, concentrando una elevada carga de eventos adversos potencialmente evitables. En este contexto, la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica se destaca como una tecnología clave para la gestión de riesgos, teniendo al enfermero como actor estratégico en su operacionalización cotidiana. Objetivo: Analizar en qué medida el uso del checklist de seguridad quirúrgica, bajo el liderazgo del enfermero, se configura como una estrategia efectiva de seguridad del paciente en el contexto quirúrgico, identificando obstáculos y potencialidades en su utilización diaria. Método: Revisión integrativa de la literatura, realizada en la Biblioteca Virtual en Salud, con búsqueda de artículos completos en portugués, publicados entre 2020 y 2024. Tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, el corpus quedó constituido por 12 artículos científicos que abordaban el uso del checklist de seguridad quirúrgica en centros quirúrgicos, con énfasis en la actuación de enfermería. Los estudios fueron sometidos a análisis temático, organizado en cuatro categorías analíticas. Resultados: El análisis evidenció al enfermero como actor central en la operacionalización del checklist, articulando dimensiones asistenciales, gerenciales y educativas. Se identificaron barreras relevantes para la adhesión calificada, tales como insuficiencia de recursos, presión por productividad, jerarquías rígidas, comprensión burocrática del instrumento y fragilidades en la comunicación interprofesional. En contrapartida, el checklist mostró potencial para organizar etapas críticas del cuidado, prevenir eventos adversos, estructurar pausas de comunicación y apoyar procesos de educación permanente y auditoría en seguridad del paciente. Conclusión: El checklist de

seguridad quirúrgica, cuando es conducido bajo un liderazgo de enfermería reconocido y sostenido institucionalmente, se configura como una estrategia potente para el fortalecimiento de la seguridad del paciente en el período perioperatorio. No obstante, su efectividad depende de condiciones institucionales que afronten los obstáculos organizacionales y culturales e incorporen el protocolo en políticas más amplias de educación permanente y gestión de la calidad en salud.

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente. Enfermería Perioperatoria. Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica. Cirugía Segura. Liderazgo de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Aproximação da Temática e apresentação do problema A cirurgia, enquanto modalidade terapêutica essencial para o tratamento e o controle de inúmeras condições agudas e crônicas, representa simultaneamente um dos campos de maior complexidade e risco dentro dos sistemas de saúde. Estima-se que centenas de milhões de procedimentos cirúrgicos sejam realizados anualmente no mundo, com elevada carga de morbimortalidade associada a eventos adversos potencialmente evitáveis, tais como infecções do sítio cirúrgico, hemorragias, falhas de identificação, procedimentos em local incorreto e complicações anestésicas (QAISER *et al.*, 2024; DIRIE *et al.*, 2025). Nesse contexto, a segurança do paciente consolidou-se como eixo estruturante da qualidade em saúde, compreendida como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado até um mínimo aceitável, tendo a assistência cirúrgica como um dos cenários prioritários para intervenção.

388

Em resposta à magnitude desse problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu, no âmbito do “Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente – Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, a Lista de Verificação de Cirurgia Segura (Surgical Safety Checklist), concebida como ferramenta padronizada para sistematizar etapas críticas do cuidado e favorecer a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). A lista da OMS, composta por 19 itens distribuídos em três momentos – “sign in” (antes da indução anestésica), “time out” (antes da incisão cirúrgica) e “sign out” (antes da saída do paciente da sala) – busca assegurar a confirmação da identidade do paciente e do procedimento, a disponibilidade de equipamentos e materiais, a profilaxia antibiótica adequada, a avaliação de riscos anestésicos, a contagem de materiais e a discussão conjunta de eventos críticos esperados (WYSS; KOLBE; GRANDE, 2023). Revisões sistemáticas recentes demonstram que a

implementação efetiva dessa lista está associada à redução significativa de complicações pós-operatórias e mortalidade, reforçando o checklist como uma intervenção de alta relação custo-efetividade na segurança cirúrgica (QAISER *et al.*, 2024).

A despeito da robustez das evidências sobre a eficácia do checklist de cirurgia segura, estudos internacionais e nacionais convergem em apontar que os resultados obtidos dependem menos da mera adoção formal do instrumento e mais da qualidade de sua implementação cotidiana. Análises narrativas e revisões qualitativas sublinham que a lista de verificação favorece o trabalho em equipe, a comunicação interdisciplinar e a coordenação do cuidado apenas quando incorporada a uma cultura de segurança que valorize a participação ativa de todos os profissionais e evite o preenchimento mecânico e burocrático (WYSS; KOLBE; GRANDE, 2023; QAISER *et al.*, 2024).

Nesse cenário, a enfermagem perioperatória emerge como ator estratégico na operacionalização dos protocolos de cirurgia segura. Revisão integrativa sobre as contribuições da enfermagem para a segurança do paciente em centro cirúrgico identificou que a principal manifestação concreta dessa contribuição reside justamente na condução e monitoramento da aplicação do checklist, na organização de pausas perioperatórias e na estruturação da passagem de plantão intraoperatória, articulando dimensões gerenciais e assistenciais do cuidado (SANTOS; WILK, 2023). De modo convergente, sínteses recentes da literatura brasileira destacam que práticas de enfermagem consistentes e sustentadas por protocolos rigorosos – incluindo a Lista de Verificação de Cirurgia Segura e a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) – são fundamentais para a construção e manutenção de um ambiente cirúrgico seguro, colocando o enfermeiro em posição central na coordenação de fluxos, na identificação de riscos e na mitigação de eventos adversos (SOUZA; RIBEIRO; LIMA, 2024).

No contexto brasileiro, a institucionalização da Política Nacional de Segurança do Paciente e a progressiva difusão de protocolos assistenciais contribuíram para a ampliação do uso do checklist de cirurgia segura em hospitais públicos e privados. Entretanto, estudos nacionais apontam que a adesão ainda é desigual entre instituições, serviços e equipes. Investigação transversal conduzida em hospitais brasileiros identificou que, embora a implementação da lista ocorra de forma ampla, há falhas frequentes no preenchimento completo dos itens, sobretudo naqueles relacionados à comunicação da equipe, à discussão de eventos

críticos esperados e à etapa final de conferência (POVEDA *et al.*, 2021). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo descritivo em centro cirúrgico oftalmológico, que evidenciou alta adesão a itens considerados “tradicionais” (como identificação do paciente e demarcação de sítio cirúrgico), mas baixa conformidade em componentes ligados à apresentação da equipe e à verificação sistemática de segurança anestésica, evidenciando barreiras culturais e organizacionais para a plena incorporação do checklist (FALCÃO *et al.*, 2024).

Trabalhos recentes também têm problematizado o descompasso entre conhecimento técnico e atitudes frente ao uso da lista de verificação. Em estudo conduzido com profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, em contexto de país de baixa renda, observou-se elevado nível de conhecimento sobre o checklist, mas proporção reduzida de atitudes francamente positivas em relação à sua utilização, o que sugere que a resistência pode estar menos associada à ignorância dos benefícios e mais a questões de sobrecarga de trabalho, percepção de aumento de burocracia e fragilidade da cultura de segurança institucional (DIRIE *et al.*, 2025). Essas evidências dialogam com a literatura que descreve fenômenos como “fadiga do checklist” e subutilização de itens considerados “intangíveis” – como apresentação nominal da equipe e discussão explícita de riscos –, justamente aqueles que mais dependem de liderança clínica e de engajamento coletivo (WYSS; KOLBE; GRANDE, 2023).

Nesse quadro, o papel do enfermeiro no centro cirúrgico ultrapassa a execução de tarefas técnicas e engloba funções de liderança, articulação interprofissional e gestão do cuidado. Estudos brasileiros ressaltam que o enfermeiro é o profissional que permanece por mais tempo junto ao paciente e à equipe no perioperatório, assumindo responsabilidades ligadas ao planejamento da assistência, à organização de recursos físicos e materiais, à educação permanente e ao monitoramento da adesão a protocolos, incluindo o de cirurgia segura (BARROS; SILVA, 2025; SOUZA; RIBEIRO; LIMA, 2024). Quando esse protagonismo se concretiza na prática cotidiana, o checklist tende a ser apropriado como instrumento de gestão de riscos e de comunicação estruturada; quando não, corre-se o risco de que sua aplicação se reduza a um procedimento formal, desvinculado de reflexão crítica e da centralidade da segurança do paciente.

Justificativa do estudo A escolha da temática relativa ao papel do enfermeiro no uso do checklist de cirurgia segura fundamenta-se, em primeiro lugar, na magnitude dos riscos associados ao cuidado cirúrgico em nível global e nacional e, em segundo lugar, nas evidências

de que a qualidade da implementação do checklist – especialmente quando liderada pela enfermagem – permanece heterogênea e atravessada por importantes barreiras organizacionais, culturais e subjetivas. Estudos recentes estimam que, anualmente, são realizados aproximadamente 234 milhões de procedimentos cirúrgicos de grande porte no mundo, com cerca de 7 milhões de pacientes evoluindo com complicações incapacitantes e 1 milhão de óbitos no intra ou no pós-operatório imediato, sendo pelo menos metade desses eventos potencialmente preveníveis por medidas sistemáticas de segurança. Em revisão sistemática publicada em 2024, Qaiser *et al.* demonstraram que a aplicação do checklist de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) está associada à redução de complicações e mortalidade pós-operatória em grande parte dos estudos analisados, reforçando seu caráter de intervenção efetiva e de baixo custo para qualificação da assistência cirúrgica.

No contexto brasileiro, a literatura evidencia que, embora o checklist tenha sido incorporado às normativas nacionais e aos protocolos institucionais, a sua utilização permanece marcada por incompletudes e variações importantes entre serviços e equipes. Em estudo documental realizado em uma maternidade-escola do Ceará, Barros *et al.* (2023) identificaram taxa de preenchimento dos itens do checklist superior a 98%, mas observaram que apenas 64,7% dos instrumentos estavam completamente preenchidos, com oscilações ao longo dos anos e sem tendência consistente de melhora, o que revela fragilidades na consolidação da prática. Resultado semelhante foi descrito por Silva *et al.* (2021), que verificaram alta proporção de cirurgias com checklist anexado ao prontuário, porém sem nenhuma ficha integralmente preenchida, evidenciando dissociação entre registro formal e efetiva checagem sistemática dos itens de segurança.

Importa destacar que tais lacunas não podem ser compreendidas apenas como “falha individual” dos profissionais, mas como expressão de uma cultura de segurança ainda em construção nos centros cirúrgicos. Em uma revisão de escopo sobre cultura de segurança no ambiente perioperatório, Bass e Hose (2023) apontam que a efetividade de protocolos como o checklist depende de um conjunto de fatores habilitadores – tais como liderança, comunicação, trabalho em equipe, ambiente de confiança e aprendizagem organizacional –, e que intervenções pontuais, desvinculadas desses elementos, tendem a produzir adesão meramente formal e pouco transformadora.



Nesse cenário, a enfermagem, e particularmente o enfermeiro, ocupa posição estratégica. Por sua presença contínua junto ao paciente, centralidade no gerenciamento do centro cirúrgico e atribuição legal de coordenação da equipe de enfermagem, o enfermeiro é frequentemente designado como responsável pela condução do checklist nas diferentes fases do procedimento. Em estudo realizado em maternidade de ensino, Barros *et al.* (2023) relataram que o enfermeiro circulante é o profissional encarregado pelo instrumento, desde sua inclusão no prontuário até a conferência das etapas de verificação em sala operatória. Entretanto, estar formalmente “à frente” do checklist não significa, automaticamente, exercer liderança efetiva sobre o processo.

Diversas investigações apontam um descompasso entre o papel esperado da enfermagem na cirurgia segura e as condições concretas de trabalho. Andrade, Bastos e Lima (2022), ao analisarem a atuação da enfermagem no checklist de cirurgia segura, identificaram conhecimento declarado sobre o instrumento, mas relataram déficit de capacitação sistemática e dificuldades para integrar o preenchimento do checklist à rotina assistencial, especialmente em situações de alta demanda, escassez de pessoal e pressão por produtividade. Rocha *et al.* (2021), em revisão de literatura sobre boas práticas no uso do checklist por enfermeiros no período transoperatório, destacam que a enfermagem é vista como protagonista na validação e inserção do protocolo, porém ressaltam a grande dificuldade de instaurar uma cultura de segurança robusta, capaz de superar práticas fragmentadas e centradas no cumprimento burocrático de formulários.

Além disso, estudos qualitativos demonstram que a forma como o checklist é conduzido em sala operatória pode aproximar ou afastar o instrumento de seus objetivos originais. Peñataro-Pintado *et al.* (2021), ao explorarem experiências de enfermeiros perioperatórios em relação à segurança do paciente cirúrgico, descrevem tensões entre a necessidade de liderar a checagem sistemática de itens e a sobrecarga de tarefas, a hierarquia médico-centrada e a naturalização de desvios de protocolo em nome da agilidade do fluxo cirúrgico. Em outra perspectiva, Facey *et al.* (2024) mostram que, em determinados contextos hospitalares, o checklist tende a ser “ritualizado”, isto é, executado como um ato formal, muitas vezes desacoplado de sua finalidade de segurança, com o enfermeiro frequentemente assumindo a responsabilidade pelo registro sem conseguir mobilizar efetivamente a equipe para uma discussão crítica e compartilhada dos riscos.

Do ponto de vista da percepção da equipe multiprofissional, estudos recentes reforçam o caráter ambivalente do checklist: os profissionais reconhecem sua importância, mas relatam obstáculos concretos para sua utilização qualificada. Santos *et al.* (2022), ao analisarem a percepção da equipe de saúde sobre o checklist de cirurgias seguras, evidenciaram que o instrumento é valorizado como estratégia de prevenção de eventos adversos, embora sua prática permaneça incipiente e permeada por dificuldades relacionadas à comunicação entre os membros da equipe, à falta de tempo e à ausência de apoio institucional sistemático. Em paralelo, pesquisa realizada na Somália por Dirie *et al.* (2025) evidenciou a coexistência de níveis altos de conhecimento sobre o checklist (mais de 80% dos profissionais com escore adequado) e atitudes ambivalentes, com apenas 13,5% demonstrando postura claramente positiva, o que sugere que formação teórica, por si só, é insuficiente para garantir compromisso cotidiano com a ferramenta.

No que se refere diretamente à segurança do paciente, estudos nacionais reforçam que o checklist, quando integrado a outras estratégias, pode contribuir para a redução de eventos graves. Faria *et al.* (2022), em estudo retrospectivo nacional, observaram redução da proporção de eventos adversos em pacientes submetidos a cirurgia após a implementação do checklist, bem como queda significativa na mortalidade entre aqueles em que o instrumento foi utilizado, ainda que a simples presença do checklist no prontuário não garantisse, por si só, diminuição estatisticamente significativa da incidência global de eventos. Esses achados reforçam a ideia de que a efetividade do checklist depende menos de sua adoção nominal e mais da qualidade com que é conduzido – dimensão fortemente relacionada à liderança do enfermeiro e à cultura de segurança do serviço.

À luz desse conjunto de evidências, a presente pesquisa se justifica por, pelo menos, três ordens de razões. Em primeiro lugar, pela relevância epidemiológica e sanitária do problema: o cuidado cirúrgico continua sendo um dos campos com maior densidade de eventos adversos, muitos deles evitáveis, o que implica altas cargas de morbimortalidade e custos assistenciais para os sistemas de saúde. Em segundo lugar, pela centralidade da enfermagem na operacionalização do checklist e, simultaneamente, pela identificação de lacunas formativas, organizacionais e relacionais que dificultam o exercício pleno de seu papel de liderança. Em terceiro lugar, pela existência de um hiato na literatura entre estudos que descrevem níveis de adesão ou percepção global da equipe sobre o checklist e investigações que aprofundam,



especificamente, como o uso do checklist, sob liderança do enfermeiro, se configura como estratégia efetiva de segurança do paciente e quais obstáculos e potencialidades são percebidos na prática cotidiana.

Autores que se debruçaram sobre a temática apontam, como motivo para a escolha do tema, exatamente essa tensão entre o potencial reconhecido do checklist e as dificuldades de sua incorporação crítica ao cotidiano dos centros cirúrgicos. Estudos de revisão enfatizam a necessidade de pesquisas que articulem indicadores de segurança do paciente com análises sobre cultura de segurança, comunicação interprofissional e processos de trabalho da enfermagem, de modo a subsidiar intervenções educativas e gerenciais mais robustas. Ao focalizar o enfermeiro como liderança no uso do checklist, o presente estudo busca contribuir para essa agenda, oferecendo elementos que possam orientar programas de educação permanente, revisões de protocolo e estratégias de gestão voltadas ao fortalecimento da segurança cirúrgica.

Diante desse panorama, evidencia-se um paradoxo: ao mesmo tempo em que há consenso normativo e científico sobre a eficácia do checklist de cirurgia segura e reconhecimento da relevância do enfermeiro na promoção de um ambiente cirúrgico seguro, persistem desafios importantes relacionados à adesão qualificada, ao engajamento da equipe e à consolidação de uma cultura de segurança centrada no paciente. Coloca-se, assim, a necessidade de aprofundar a compreensão sobre como o enfermeiro tem desempenhado seu papel na operacionalização da lista de verificação de cirurgia segura, em que medida esse instrumento tem sido utilizado como ferramenta efetivamente centrada na segurança do paciente e quais fatores organizacionais e profissionais condicionam a qualidade de sua aplicação. A partir dessas lacunas, formula-se o problema de pesquisa que orienta o presente estudo: em que medida o uso do checklist de cirurgia segura, sob a liderança do enfermeiro, configura-se como estratégia efetiva de segurança do paciente no contexto cirúrgico, e quais são os obstáculos e potencialidades percebidos na sua utilização cotidiana?

Deste modo, o objetivo geral da pesquisa é analisar em que medida o uso do checklist de cirurgia segura, sob a liderança do enfermeiro, configura-se como estratégia efetiva de segurança do paciente no contexto cirúrgico. Em complementariedade, os objetivos específicos são: descrever como o checklist de cirurgia segura é implementado e utilizado no cotidiano do centro cirúrgico, com ênfase na participação do enfermeiro nas diferentes fases do perioperatório; identificar os obstáculos organizacionais, culturais, relacionais e individuais percebidos pelos

enfermeiros e demais membros da equipe cirúrgica para o uso qualificado do checklist; reconhecer as potencialidades atribuídas ao checklist, na perspectiva do enfermeiro, para o fortalecimento da segurança do paciente e da cultura de segurança em centro cirúrgico; e, relacionar práticas de liderança do enfermeiro no uso do checklist com aspectos-chave da segurança do paciente, tais como a comunicação da equipe, o registro de eventos adversos e a conformidade com etapas essenciais do protocolo.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória, conduzida por meio de revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a reunião, avaliação crítica e síntese de resultados de estudos com diferentes delineamentos (quantitativos, qualitativos e mistos), visando responder a uma questão de pesquisa bem delimitada e produzir conhecimento aplicável à prática em saúde (DANTAS *et al.*, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2024; KUTCHER; LEBARON, 2022; DHOLLANDE *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, foram seguidas as etapas recomendadas para revisões integrativas: (1) identificação do problema e formulação da questão norteadora; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) definição das fontes de informação e estratégias de busca; (4) seleção dos estudos; (5) extração e organização dos dados; e (6) análise, interpretação e síntese dos achados (DANTAS *et al.*, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2024).

395

A questão norteadora que orientou todas as etapas da revisão foi: “Em que medida o uso do checklist de cirurgia segura, sob a liderança do enfermeiro, configura-se como estratégia efetiva de segurança do paciente no contexto cirúrgico, e quais são os obstáculos e potencialidades percebidos na sua utilização cotidiana?”. A partir dessa questão, definiu-se como recorte temático central a interface entre o papel do enfermeiro em centro cirúrgico, o uso do checklist de cirurgia segura (especialmente o preconizado pela Organização Mundial da Saúde) e os desfechos ou dimensões relacionadas à segurança do paciente.

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em sua coleção completa, por se tratar de uma rede de fontes de informação científica e técnica em saúde, de acesso aberto, que integra diversas bases de dados nacionais e internacionais relevantes para a área (como LILACS, MEDLINE, BDENF, entre outras) e tem por objetivo democratizar o acesso à informação em saúde na América Latina e Caribe (BIREME; OPAS;

OMS, [s. d.]; AMARAL; SOUZA, 2021). A BVS foi selecionada em virtude de sua abrangência temática, da centralidade na área da saúde e da recomendação recorrente em manuais de pesquisa bibliográfica como fonte prioritária para estudos em ciências da saúde (AMARAL; SOUZA, 2021).

A estratégia de busca foi construída a partir da combinação de descritores controlados do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e de palavras-chave livres, articuladas mediante operadores booleanos. Foram empregados, entre outros, os termos “enfermagem”, “cirurgia segura”, “checklist”, “lista de verificação”, “segurança do paciente” e “centro cirúrgico”, combinados de modo a maximizar a sensibilidade da busca sem comprometer sua especificidade, por exemplo: (“enfermagem” AND “cirurgia segura”) OR (“enfermeiro” AND “checklist” AND “segurança do paciente”). A busca considerou o período dos últimos cinco anos completos, sendo incluídas publicações entre janeiro de 2020 e dezembro de 2024, a fim de assegurar a atualidade das evidências, em consonância com recomendações recentes sobre revisões integrativas que enfatizam a delimitação temporal como estratégia de foco e atualização do conhecimento (DANTAS *et al.*, 2022; DHOLLANDE *et al.*, 2021).

Os critérios de inclusão e exclusão foram previamente definidos e operacionalizados de forma escalonada, conforme sintetizado no Fluxograma 1 – “Seleção de estudos para revisão da literatura”. Tomou-se como horizonte a constituição de um corpus que representasse, de maneira atualizada e pertinente, a produção científica sobre o uso do checklist de cirurgia segura, com foco na atuação do enfermeiro e na segurança do paciente.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: a investigações que contemplassem, de modo direto ou indireto, o papel, a participação, a liderança ou a responsabilidade do enfermeiro na utilização do checklist disponibilidade de texto completo na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); publicações em língua portuguesa; artigos publicados no intervalo de cinco anos completos (2020–2024). Quanto aos critérios de exclusão, definiram-se: teses, dissertações, monografias, TCCs, capítulos de livros, relatórios técnicos, protocolos institucionais, editoriais, cartas, comentários e resumos de eventos; estudos cujo foco principal não contemplasse a cirurgia segura ou o uso de checklist em contexto cirúrgico; artigos sobre segurança do paciente em outros cenários (atenção primária, terapia intensiva, oncologia, etc.) sem referência específica ao checklist de cirurgia segura; publicações em idiomas distintos do português; registros sem acesso ao texto completo na BVS; duplicatas recuperadas em mais de uma base

integrada à BVS; estudos que, após leitura mais aprofundada, apresentassem “fuga da temática”, isto é, não respondessem de forma substantiva à questão norteadora do estudo.

O processo de seleção dos estudos seguiu etapas sucessivas, coerentes com as recomendações metodológicas para revisões integrativas e representadas no fluxograma. Após a aplicação da estratégia de busca na BVS, obteve-se um conjunto inicial de registros, com títulos e resumos elegíveis para triagem. Nessa primeira etapa, procedeu-se a uma leitura rápida de títulos e resumos com o objetivo de verificar a compatibilidade mínima com as combinações de descritores e palavras-chave previamente definidas. Foram então excluídos os registros claramente incompatíveis com as palavras-chave, isto é, aqueles em que os termos de busca apareciam em contextos sem relação com cirurgia segura, checklist ou atuação da enfermagem em centro cirúrgico, conforme indicado no quadro “Excluídos: com base na incompatibilidade com as palavras-chave” do Fluxograma 1.

Os registros remanescentes compuseram o conjunto de artigos selecionados para análise de títulos e resumos. Nessa etapa, realizou-se uma leitura mais detalhada de título, resumo e, quando necessário, das palavras-chave dos estudos. Aplicaram-se de forma mais estrita os critérios de inclusão e exclusão, especialmente quanto à aderência ao tema proposto, ao cenário cirúrgico e à presença de elementos relacionados ao uso do checklist e à atuação do enfermeiro. Foram então excluídos os artigos em que títulos e resumos se mostraram fora do tema proposto, por não contemplarem a interface entre checklist de cirurgia segura, enfermagem e segurança do paciente, etapa representada no fluxograma como “Excluídos: com base em resumos e títulos fora do tema proposto”.

Os artigos que permaneceram após a segunda etapa foram obtidos em texto completo e submetidos à leitura integral. Nessa fase, consolidou-se a verificação dos critérios metodológicos mínimos e da pertinência temática em relação à questão norteadora. Alguns estudos, embora mencionassem o checklist ou a cirurgia segura de forma tangencial, não aprofundavam a discussão sobre o papel do enfermeiro ou não articulavam de modo consistente o uso da lista à segurança do paciente. Tais publicações foram classificadas como “Excluídos: com base na fuga da temática”, conforme ilustrado no Fluxograma 1.

A partir da definição do corpus, procedeu-se à extração e organização sistemática dos dados, por meio de um instrumento de coleta construído com base em referenciais contemporâneos de revisão integrativa (DANTAS *et al.*, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2024). Para

cada artigo incluído, foram registradas informações relativas a: identificação (título, autores, ano, periódico), país ou contexto de realização, objetivo do estudo, delineamento metodológico, população e cenário investigados, forma de utilização do checklist de cirurgia segura, descrição do papel/atuação do enfermeiro e principais achados relacionados à segurança do paciente.

Em seguida, realizou-se uma síntese descritiva dos estudos (distribuição temporal das publicações, tipos de delineamento, cenários assistenciais predominantes) e, complementarmente, uma análise temática qualitativa, orientada pela questão norteadora. Essa análise permitiu agrupar os achados em eixos interpretativos, tais como: (a) modos de liderança e protagonismo do enfermeiro na condução do checklist; (b) barreiras organizacionais, culturais e relacionais para o uso qualificado da lista; (c) potencialidades do checklist para o fortalecimento da segurança do paciente; e (d) estratégias educativas e gerenciais voltadas à melhoria da adesão e da qualidade da aplicação do instrumento. A combinação entre síntese descritiva e análise temática atende às recomendações de autores que discutem o desenho e a condução de revisões integrativas em enfermagem, visando produzir sínteses críticas, transparentes e reproduzíveis (DHOLLANDE *et al.*, 2021; KUTCHER; LEBARON, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2024).

Após a aplicação dos filtros na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), período de publicação de 2020 a 2024, disponibilidade de texto completo e recorte temático relacionado à cirurgia segura e checklist – foram identificados 15 registros potencialmente relevantes. Esse conjunto corresponde ao corpus inicial da revisão, formado por artigos e trabalhos acadêmicos indexados na BVS. A etapa de identificação segue as recomendações de revisões integrativas para ampla recuperação inicial de estudos.

Como a estratégia de busca foi construída com descritores específicos (cirurgia segura, checklist, lista de verificação, centro cirúrgico, enfermagem, segurança do paciente) e aplicados diretamente na BVS, não houve exclusão de estudos por incompatibilidade imediata com as palavras-chave. Todos os 15 registros apresentavam relação mínima com o tema da segurança cirúrgica e/ou checklist, de acordo com título, resumo ou descritores. Assim, o número de excluídos nesta etapa foi igual a zero ( $n = 0$ ). Permaneceram, portanto, 15 registros para a etapa de análise mais aprofundada de títulos e resumos, bem como da caracterização do tipo de documento (artigo de periódico, tese, relatório de estágio etc.), em consonância com a orientação de proceder a uma triagem em múltiplos níveis nas revisões integrativas.

Na leitura de títulos e resumos, associada à verificação do tipo de documento, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos (apenas artigos científicos de periódicos). Nessa fase, 3 registros foram excluídos, por se tratarem de trabalhos acadêmicos não classificados como artigos de periódico (duas dissertações/teses e um relatório de estágio) e/ou por apresentarem foco mais ampliado em gestão/cultura de segurança ou trajetória formativa, sem tratar de forma suficientemente direta o uso do checklist de cirurgia segura em articulação com a atuação do enfermeiro. Assim, nesta caixa do fluxograma, registra-se: “Excluídos: com base em resumos e títulos fora do tema proposto (n = 3)” – entendendo aqui “fora do tema” em sentido amplo, incluindo inadequação ao tipo de documento e à delimitação específica do objeto da revisão.

Os 12 estudos remanescentes, todos artigos de periódicos, foram obtidos em texto completo e submetidos à leitura na íntegra. Esses trabalhos abordam, de forma mais direta, a utilização do checklist de cirurgia segura e/ou o protocolo de cirurgia segura em centros cirúrgicos, frequentemente envolvendo a equipe de enfermagem e a segurança do paciente como eixo central. A leitura integral dos 12 artigos não evidenciou casos de “fuga da temática” em relação à questão norteadora – todos mantiveram vínculo substancial com o uso do checklist de cirurgia segura, a segurança do paciente e a atuação da enfermagem no contexto cirúrgico. Ao final do processo, 12 artigos científicos compuseram o conjunto de estudos incluídos na revisão, constituindo o corpus analítico a partir do qual foram realizadas a síntese descritiva e a análise temática qualitativa. O quadro 1 faz uma síntese dos artigos em relação ao título/ano, autores/revista e principais contribuições.

**Quadro 1:** Levantamento estrutural dos artigos selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre o uso do checklist de cirurgia segura na perspectiva da enfermagem

Título / Ano	Autores / Revista	Principais contribuições
Adesão ao preenchimento do checklist de cirurgias seguras oftalmológicas (2024)	Falcão, Aline Sousa <i>et al.</i> / Rev. SOBECC (Online)	Estudo descritivo, observacional, com 162 cirurgias oftalmológicas, que mensurou a adesão às três fases do checklist de cirurgia segura da OMS. Demonstrou elevada conformidade com itens de identificação do paciente, presença de oxímetro e marcação do sítio cirúrgico, mas baixa adesão à contagem de materiais, apresentação da equipe e verificação de segurança anestésica. Evidenciou barreiras para a completude do checklist e reforçou a necessidade de treinamento contínuo e fortalecimento da cultura de segurança.



Implementation of a surgical safety checklist in Brazil: cross-sectional study (2021)	Poveda, Vanessa de Brito <i>et al.</i> / Rev. Bras. Enferm.	Estudo transversal nacional com 531 profissionais de enfermagem que descreveu o processo de implementação do checklist de cirurgia segura da OMS em hospitais brasileiros. Constatou ampla implantação formal da lista, porém com aplicação parcial, sobretudo nas etapas de <i>time-out</i> e <i>sign-out</i> , com omissões em itens críticos (como conferência de instrumentos e revisão de preocupações pós-operatórias). Destaca lacunas na incorporação do protocolo à rotina e a centralidade da equipe de enfermagem na sua efetivação.
Critérios auditáveis para implementação de melhores práticas na adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica (2021)	Cabral, Danielle Bezerra <i>et al.</i> / Acta Paul. Enferm. (Online)	Estudo observacional descritivo que utilizou critérios auditáveis do Instituto Joanna Briggs para avaliar a adesão à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um hospital. As auditorias de base mostraram alta conformidade em alguns critérios e baixa em outros; após intervenção educativa com a equipe cirúrgica, observou-se aumento da conformidade em todos os critérios, embora sem atingir 100% em todos eles. O estudo demonstra o potencial das auditorias clínicas e da educação permanente para qualificar o uso do checklist.
Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais (2020)	Tostes, Maria Fernanda do Prado; Galvão, Cristina Maria / Rev. SOBECC	Estudo descritivo-exploratório com 77 enfermeiros de centros cirúrgicos que analisou o processo de implementação e o uso cotidiano do checklist de cirurgia segura. Mostrou que o programa educacional foi decisivo para a implantação da lista e apontou o circulante de sala como principal responsável pela checagem diária. Evidenciou adesão parcial da equipe, com diferenças entre etapas (entrada, pausa e saída) e entre categorias profissionais, oferecendo subsídios práticos para o planejamento de estratégias de implementação sob liderança da enfermagem.
Dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico: estudo exploratório (2020)	Gutierrez, Larissa de Siqueira <i>et al.</i> / Online braz. j. nurs. (Online)	Estudo exploratório, quanti-qualitativo, via <i>survey</i> online com 204 enfermeiros de centros cirúrgicos de diferentes regiões do Brasil. Identificou três eixos principais de dificuldades na gestão da segurança do paciente: suporte organizacional insuficiente, conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e envolvimento limitado da equipe de saúde com o checklist de cirurgia segura. Evidencia que a gestão da segurança no centro cirúrgico é condicionada por fatores relacionais e institucionais que extrapolam a mera existência do protocolo.
Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols and its potential impact on patient safety (2020)	Silva, Pedro Henrique Alves <i>et al.</i> / Rev. Col. Bras. Cir.	Estudo transversal e prospectivo que avaliou conhecimento e adesão de 68 cirurgiões e residentes ao protocolo de cirurgia segura, bem como a incidência de eventos adversos relacionados ao ato operatório, além de entrevistar 82 pacientes quanto ao seu conhecimento sobre o procedimento. Identificou baixa adesão ao protocolo, ocorrência de eventos adversos associados a equipamentos não calibrados ou com corpos estranhos e falhas na apresentação da equipe aos pacientes. Aponta risco aumentado de erros de lateralidade e compromissos à segurança do paciente,

		indicando a necessidade de maior engajamento médico.
Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem (2020)	Souza, Aline Tamiris Gonçalves <i>et al.</i> / Rev. SOBECC	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com 12 profissionais de enfermagem, fundamentada no método do Discurso do Sujeito Coletivo. Identificou que a segurança do paciente é construída por um conjunto de práticas, entre elas identificação correta, comunicação multiprofissional, prevenção de quedas, ações de prática segura e manutenção de equipamentos. Evidencia que a enfermagem reconhece a centralidade de suas ações na prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico, indo além do checklist estrito senso.
Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe de centro cirúrgico (2020)	Alves Santos, Evelyn <i>et al.</i> / Enferm. actual Costa Rica (Online)	Estudo quantitativo, descritivo e transversal, com 72 profissionais (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e instrumentadores) de um hospital público. Apurou que a maioria conhece o Protocolo de Cirurgia Segura e reconhece seus objetivos, mas identifica a baixa adesão da equipe como o principal desafio para uso efetivo da lista. Os participantes propuseram estratégias para implantação e consolidação do checklist, reforçando que o conhecimento, isoladamente, não se traduz em prática sem mudanças organizacionais e engajamento multiprofissional.
Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura (2020)	Toti, Ian Cesar Cardoso <i>et al.</i> / J. nurs. health	Estudo qualitativo, exploratório, com 12 profissionais de enfermagem, baseado em entrevistas semiestruturadas e análise temática. Revelou que parte dos profissionais desconhece aspectos fundamentais da segurança cirúrgica e que, mesmo entre aqueles que conhecem o checklist, há dificuldades na sua aplicação e falta de reconhecimento do instrumento como ferramenta de prevenção de erros. Ressalta a necessidade de sensibilização, participação da enfermagem desde a concepção do protocolo e oferta de capacitação contínua.
Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura (2020)	Pereira, Laura Fabiane de Macêdo Lopes <i>et al.</i> / Rev. enferm. UFPE on line	Estudo quantitativo, descritivo e observacional, realizado em bloco cirúrgico com análise de 127 cirurgias a partir do checklist e de questionário. Verificou falhas relevantes na checagem da identidade do paciente, do local e do procedimento cirúrgico, com muitos casos em que esses itens não foram confirmados. Conclui que a efetividade da segurança no transoperatório depende da comunicação entre a equipe, do conhecimento do protocolo e de sua aplicação sistemática, reforçando o papel organizador da enfermagem no processo.
Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura para procedimentos em pacientes em isolamento respiratório no contexto da Covid-19 (2020)	Oliveira, Thais da Costa <i>et al.</i> / Enferm. foco (Brasília)	Relato de experiência de enfermeiras de um hospital universitário que adaptaram o checklist de cirurgia segura da OMS para procedimentos em pacientes em isolamento respiratório durante a pandemia de Covid-19. A versão adaptada incorporou elementos organizacionais pré e pós-procedimento para orientar a supervisão do enfermeiro, otimizar recursos físico-materiais, racionalizar o uso de EPIs e minimizar o risco de transmissão intra-hospitalar. Contribui ao demonstrar a flexibilidade do checklist diante de novos riscos e contextos assistenciais.

Checklist de cirurgia segura: conhecimento da equipe cirúrgica (2020)	Santos, Sheila Mara Pereira dos; Bonato, Melissa; Silva, Eusiene Furtado Mota / Enferm. foco (Brasília)	Estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo, com 123 profissionais (técnicos e enfermeiros de enfermagem, anestesiistas e cirurgiões) de um hospital do Rio Grande do Sul. Mostrou que 100% referiram conhecer o checklist e 98% o consideram importante para a segurança do paciente, mas apenas 65% haviam recebido treinamento formal e persistiam dúvidas sobre etapas específicas. Indica que, embora o conhecimento geral seja elevado, a consolidação da prática exige processos educativos sistemáticos e profissionalização da assistência.
---	---	--

**Fonte:** Produção dos autores, 2025.

O Quadro 1, assim, consolida a síntese estrutural do corpus analisado e funciona como elemento de ancoragem para a leitura crítica dos resultados, permitindo que o leitor identifique, de maneira rápida, quais dimensões da temática foram privilegiadas, quais lacunas permanecem e como se distribuem, no tempo e nos diferentes periódicos, as evidências disponíveis sobre o papel do enfermeiro na utilização do checklist de cirurgia segura como ferramenta centrada na segurança do paciente.

## ANALISE DE DADOS E RESULTADOS

### Categoria 1 – Liderança e protagonismo do enfermeiro no uso do checklist de cirurgia segura

402

A análise da primeira categoria – liderança e protagonismo do enfermeiro no uso do checklist de cirurgia segura – evidencia que, em praticamente todos os estudos incluídos, a enfermagem é situada como eixo organizador do protocolo de cirurgia segura, ainda que esse protagonismo se concretize de maneira tensionada, fragmentada e, por vezes, apenas formal.

De início, alguns estudos descrevem explicitamente o enfermeiro como responsável direto pela condução operacional do checklist. Em investigação sobre implementação e uso diário da lista de verificação em hospitais, Tostes e Galvão (2020) identificam que o enfermeiro circulante é designado como principal condutor das etapas do checklist, assumindo a checagem dos itens nas fases de entrada, pausa e saída, além de coordenar a interação entre anestesiista, cirurgião e demais membros da equipe. Nesse estudo, a liderança do enfermeiro emerge como um papel ao mesmo tempo técnico e gerencial: cabe-lhe garantir que o protocolo “aconteça” no tempo correto do fluxo cirúrgico e que as pausas previstas sejam respeitadas (TOSTES; GALVÃO, 2020). De modo convergente, na análise nacional sobre implementação da lista de verificação, Poveda *et al.* (2021) mostram que a operacionalização cotidiana do checklist se apoia

fortemente na equipe de enfermagem – sobretudo enfermeiros e técnicos que permanecem continuamente no centro cirúrgico –, o que os coloca na posição de guardião do protocolo frente às variações de adesão das demais categorias profissionais (POVEDA *et al.*, 2021).

Essa centralidade também se evidencia em estudos que articulam o checklist com estratégias de melhoria da prática. Cabral *et al.* (2021), ao desenvolverem critérios auditáveis para monitorar a adesão ao checklist, demonstram que a realização de auditorias clínicas e a devolutiva dos resultados dependem fortemente do engajamento dos enfermeiros, que assumem a função de liderar processos de educação permanente, discutir não conformidades com a equipe e negociar mudanças de rotina. A liderança do enfermeiro, nesses casos, assume contornos clínico-gerenciais, combinando a responsabilidade pela segurança do paciente com a capacidade de mobilizar a equipe em torno de padrões de qualidade (CABRAL *et al.*, 2021). Na mesma direção, o estudo de Falcão *et al.* (2024), ao avaliar a adesão ao checklist em cirurgias oftalmológicas, evidencia que a presença de um enfermeiro comprometido com o preenchimento e a conferência sistemática dos itens é fator decisivo para reduzir omissões nas etapas de identificação do paciente, sítio cirúrgico e preparação da sala (FALCÃO *et al.*, 2024).

Os estudos que abordam percepções e dificuldades da enfermagem aprofundam o entendimento desse protagonismo, revelando que a liderança do enfermeiro não é apenas uma atribuição formal, mas um campo de disputa atravessado por condições de trabalho, relações de poder e cultura institucional. Gutierrez *et al.* (2020), ao explorarem as dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico, mostram que esses profissionais reconhecem a responsabilidade de coordenar práticas seguras – incluindo a utilização do checklist – mas enfrentam limitações como insuficiência de pessoal, sobrecarga assistencial, conflitos interpessoais e fragilidades no suporte organizacional. Nessa perspectiva, a liderança do enfermeiro tende a ser exercida “a despeito” das condições adversas, e não graças a elas, o que gera tensão entre a expectativa de protagonismo e a capacidade real de conduzir o processo (GUTIERRES *et al.*, 2020).

A mesma ambivalência aparece no estudo de Souza *et al.* (2020), que analisa a percepção de profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. Os participantes reconhecem que a segurança depende de um conjunto de práticas cotidianas – identificação correta, comunicação multiprofissional, verificação de equipamentos, prevenção de eventos adversos –, e situam a enfermagem como núcleo estruturante dessas ações.

Entretanto, o discurso dos sujeitos evidencia que tais práticas nem sempre são respaldadas por uma cultura institucional que legitime a liderança da enfermagem frente às demais categorias, especialmente em ambientes nos quais predomina uma hierarquia médico-centrada (SOUZA *et al.*, 2020). Assim, o protagonismo é mais claramente reconhecido no plano simbólico e discursivo do que garantido nas dinâmicas decisórias do centro cirúrgico.

Estudos focados diretamente na aplicação do checklist pela equipe de enfermagem exploram, de forma ainda mais específica, a interface entre conhecimento, atitude e liderança. Toti *et al.* (2020), ao investigarem as percepções de profissionais de enfermagem sobre o checklist, identificam que parte significativa dos entrevistados não se sente efetivamente empoderada para conduzir o protocolo diante de situações de resistência de outros profissionais ou de pressão por celeridade dos procedimentos. Mesmo quando o enfermeiro domina o conteúdo do checklist e reconhece sua importância, a liderança pode ser fragilizada por insegurança, receio de conflitos com médicos e falta de apoio institucional para sustentar as pausas de segurança (TOTI *et al.*, 2020). Alves Santos *et al.* (2020) reforçam essa leitura ao mostrar que, embora a maioria dos profissionais de centro cirúrgico conheça o Protocolo de Cirurgia Segura, a baixa adesão da equipe é apontada como principal desafio, o que recai sobre a enfermagem como necessidade de atuar simultaneamente como educadora, mediadora de conflitos e promotora de mudanças organizacionais (ALVES SANTOS *et al.*, 2020).

A dimensão da liderança educativa do enfermeiro também se destaca no estudo de Santos, Bonato e Silva (2020), que analisam o conhecimento da equipe cirúrgica sobre o checklist. Os autores evidenciam que, apesar de praticamente todos os profissionais referirem conhecer a lista e considerá-la importante, uma parcela expressiva não recebeu capacitação específica para sua aplicação, nem participa de programas estruturados de educação permanente em segurança cirúrgica. Nessa lacuna, o enfermeiro tende a assumir o papel de formador de pares “no serviço”, orientando técnicos, residentes e até médicos no preenchimento e na execução das etapas, ainda que muitas vezes sem reconhecimento formal dessa função pedagógica (SANTOS; BONATO; SILVA, 2020). Tal achado reforça a ideia de um protagonismo difuso, que se dá mais na prática cotidiana do que em arranjos institucionais explícitos.

Outros estudos abordam a liderança do enfermeiro no uso do checklist a partir de situações em que a segurança cirúrgica é tensionada por novos contextos de risco, como a

pandemia de Covid-19. Oliveira, Gonçalves e Lima (2020), ao relatarem a adaptação da lista de verificação de cirurgia segura para pacientes em isolamento respiratório, evidenciam o papel central de enfermeiras na reconfiguração do protocolo, incorporando etapas adicionais de preparação da sala, paramentação, circulação de materiais e desparamentação. Nesse relato, o enfermeiro aparece não apenas como executor, mas como autor do processo de inovação organizacional, interpretando recomendações internacionais, avaliando riscos locais e redesenhando o checklist para garantir segurança tanto do paciente quanto da equipe (OLIVEIRA; GONÇALVES; LIMA, 2020). Trata-se de uma forma qualificada de liderança, que articula conhecimento técnico-científico, gestão de recursos e capacidade de adaptação a contextos emergenciais.

Ainda que o estudo de Silva *et al.* (2020) tenha como foco principal a adesão de médicos ao protocolo de cirurgia segura, ele oferece elementos indiretos para a compreensão do protagonismo (e dos limites) da enfermagem. Os autores identificam baixa adesão dos cirurgiões a diversos componentes do protocolo e ocorrência de eventos adversos relacionados a falhas na utilização de equipamentos e na apresentação da equipe ao paciente (SILVA *et al.*, 2020). Em contextos como esse, em que a liderança médica sobre os processos é frágil ou inconsistente, recai frequentemente sobre o enfermeiro a responsabilidade de “puxar” o checklist, solicitar pausas, insistir em conferências de identidade e lateralidade, muitas vezes enfrentando resistência ou minimização por parte de outros profissionais. O estudo, ainda que não se centre na enfermagem, reforça a assimetria entre a responsabilização prática do enfermeiro pela segurança e o poder formal de decisão no campo cirúrgico.

Por fim, Pereira *et al.* (2020) analisam a segurança do paciente no transoperatório a partir da aplicação do protocolo de cirurgia segura, evidenciando falhas em itens cruciais como confirmação de identidade, local e procedimento. Embora o estudo não tematize exclusivamente o papel do enfermeiro, a discussão remete à necessidade de uma liderança ativa da enfermagem para assegurar que tais etapas sejam efetivamente cumpridas, dado que esse profissional é quem usualmente acompanha o paciente desde a preparação até a saída da sala operatória (PEREIRA *et al.*, 2020). Assim, a liderança do enfermeiro é implicitamente reconhecida como condição de possibilidade para transformar o checklist de um formulário preenchido em instrumento vivo de gestão de riscos.



Quando se observa o conjunto dos 12 artigos, pode-se afirmar que a categoria “liderança e protagonismo do enfermeiro no uso do checklist de cirurgia segura” se organiza em torno de três grandes eixos analíticos: (1) a atribuição formal e a prática cotidiana de condução do checklist, em que o enfermeiro figura como principal responsável pela checagem e articulação da equipe (TOSTES; GALVÃO, 2020; POVEDA *et al.*, 2021; CABRAL *et al.*, 2021; FALCÃO *et al.*, 2024; PEREIRA *et al.*, 2020); (2) a liderança tensionada, marcada por dificuldades organizacionais, hierárquicas e relacionais, que limitam o exercício pleno desse protagonismo, embora a enfermagem reconheça seu papel central na segurança do paciente (GUTIERRES *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020; TOTI *et al.*, 2020; ALVES SANTOS *et al.*, 2020; SANTOS; BONATO; SILVA, 2020); e (3) a liderança inovadora e adaptativa, na qual enfermeiros assumem a autoria de processos de reconfiguração do checklist e de estratégias de educação permanente, especialmente em contextos de risco ampliado, como a pandemia de Covid-19 (OLIVEIRA; GONÇALVES; LIMA, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

### **Categoria 2 – Obstáculos organizacionais, culturais e relacionais para o uso qualificado do checklist**

Na segunda categoria analítica – obstáculos organizacionais, culturais e relacionais para o uso qualificado do checklist de cirurgia segura – os 12 artigos analisados convergem em demonstrar que a baixa ou parcial adesão ao protocolo não decorre, predominantemente, de desconhecimento do instrumento, mas de um conjunto de condicionantes estruturais e simbólicos que atravessam o trabalho no centro cirúrgico.

Do ponto de vista organizacional, vários estudos evidenciam que a implantação do checklist se deu, em muitos serviços, de forma normativa e documental, sem o devido investimento em infraestrutura, dimensionamento de pessoal, planejamento de fluxos e monitoramento contínuo. Tostes e Galvão (2020) mostram que, embora a lista tenha sido formalmente instituída, o seu uso cotidiano é marcado por diferenças importantes entre as fases de entrada, pausa e saída, com maior preenchimento em etapas mais diretamente vinculadas a rotinas já consolidadas e menor aderência em momentos que exigem parada deliberada da equipe. As autoras associam essas lacunas à pressão por produtividade, à rotatividade de casos e à insuficiência de tempo protegido para as pausas de segurança (TOSTES; GALVÃO, 2020). Em estudo nacional, Poveda *et al.* (2021) reforçam esse diagnóstico ao demonstrarem que a implementação do checklist em hospitais brasileiros é ampla em termos formais, mas

frequentemente incompleta em seu desempenho, especialmente nas etapas finais, o que sugere ausência de sistemas institucionalizados de auditoria e retorno sistemático de resultados à equipe (POVEDA *et al.*, 2021).

Nesse mesmo eixo, Cabral *et al.* (2021) identificam, por meio de critérios auditáveis, que a baixa conformidade inicial a determinados itens da lista, como conferências sistemáticas e comunicação estruturada, está relacionada à falta de padronização de processos, à inexistência de rotinas de supervisão e à ausência de cultura de avaliação de desempenho assistencial. Somente após a introdução de intervenções educativas e de auditorias clínicas se observa incremento da adesão, mostrando que o checklist não se sustenta, por si só, sem uma arquitetura organizacional que o apoie (CABRAL *et al.*, 2021). Resultados semelhantes emergem no estudo de Falcão *et al.* (2024), em cirurgias oftalmológicas: há alta adesão a itens tradicionalmente consolidados, como identificação do paciente e presença de oxímetro, mas baixa conformidade em itens que dependem de organização mais complexa da sala, como contagem de materiais e confirmação estruturada de etapas, o que aponta para limitações de processos internos e de suporte gerencial (FALCÃO *et al.*, 2024).

Pereira *et al.* (2020), ao analisarem o protocolo de cirurgia segura no transoperatório, evidenciam falhas recorrentes na checagem de identidade, local e procedimento, indicadores que deveriam ser inegociáveis em qualquer modelo de segurança cirúrgica. Tais lacunas não podem ser atribuídas apenas ao indivíduo: revelam uma rotina em que práticas de verificação são flexibilizadas ou abreviadas para adequar-se a fluxos produtivistas, muitas vezes sem o respaldo de mecanismos institucionais que garantam a realização obrigatória dessas etapas (PEREIRA *et al.*, 2020). Em contexto de reorganização dos serviços durante a pandemia de Covid-19, Oliveira, Gonçalves e Lima (2020) mostram ainda que a adaptação do checklist para pacientes em isolamento respiratório esbarra em limitações organizacionais, como disponibilidade de equipamentos de proteção individual, adequação de fluxos de entrada e saída de profissionais e barreiras físicas da sala cirúrgica; mais uma vez, evidencia-se que o instrumento só cumpre seu papel quando articulado a condições materiais e organizacionais favoráveis (OLIVEIRA; GONÇALVES; LIMA, 2020).

No plano cultural, os artigos problematizam a forma como o checklist é percebido pelas equipes, com destaque para sua associação a uma prática burocrática, destinada ao cumprimento de exigências documentais, mais do que a um dispositivo de reflexão crítica sobre o risco. Alves

Santos *et al.* (2020) observam que a maioria dos profissionais de centro cirúrgico conhece o Protocolo de Cirurgia Segura e reconhece sua importância, mas identifica a baixa adesão da equipe, principalmente de categorias não pertencentes à enfermagem, como principal desafio. Entre as razões apontadas, aparecem a percepção de aumento de burocracia, a ideia de que o instrumento “retarda” o início do procedimento e a valorização de práticas tradicionais não sistematizadas (ALVES SANTOS *et al.*, 2020). De modo convergente, Santos, Bonato e Silva (2020) mostram que, embora 100% dos profissionais entrevistados afirmem conhecer o checklist e quase todos o considerem relevante, parcela expressiva não recebeu capacitação formal e não se engaja plenamente na sua aplicação, sugerindo uma cultura em que o valor simbólico do instrumento não se converte em prática cotidiana efetiva (SANTOS; BONATO; SILVA, 2020).

O estudo de Silva *et al.* (2020), centrado na adesão de médicos ao protocolo, explicita dimensões culturais particularmente sensíveis: a baixa adesão de cirurgiões a itens relacionados à apresentação da equipe, à conferência estruturada de etapas e ao diálogo em “time out” revela a persistência de uma cultura médico-centrada, em que decisões são pouco compartilhadas e práticas de segurança que exigem verbalização coletiva são vistas como secundárias frente à técnica cirúrgica em si (SILVA *et al.*, 2020). Essa cultura tende a colocar o checklist em uma posição periférica, como um “adendo” à prática, e não como um componente central da segurança. Souza *et al.* (2020), ao analisarem a percepção de profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente no centro cirúrgico, também apontam que, apesar de reconhecerem a importância da segurança e do checklist, muitos trabalhadores sentem que tais pautas competem com demandas institucionais de produtividade e aceleração de fluxos, reforçando uma cultura de naturalização de desvios e ajustes informais (“jeitinhos”) (SOUZA *et al.*, 2020).

Os obstáculos relacionais aparecem de forma marcante, sobretudo nos estudos que exploram a experiência subjetiva dos profissionais. Gutierrez *et al.* (2020) identificam, entre as dificuldades relatadas por enfermeiros de centros cirúrgicos, conflitos interpessoais na equipe, comunicação deficitária entre categorias e pouco envolvimento de determinados profissionais, especialmente médicos, com as ações de segurança do paciente. Os autores destacam que o ambiente de trabalho, atravessado por tensões e falta de cooperação, dificulta a condução das etapas do checklist, que dependem de parada coletiva, atenção compartilhada e reconhecimento da autoridade técnica e moral do enfermeiro (GUTIERRES *et al.*, 2020). Toti *et al.* (2020), ao

investigar as percepções de profissionais de enfermagem sobre a aplicação do checklist, descrevem que muitos não se sentem empoderados para exigir o cumprimento de todas as etapas quando há resistência de outros membros da equipe, sobretudo em contextos de hierarquias rígidas. Assim, ainda que reconheçam o dever de zelar pela segurança, esses profissionais relatam dificuldade em sustentar pausas de segurança diante de pressões por rapidez ou da deslegitimação de sua voz (TOTI *et al.*, 2020).

Os estudos também apontam que a comunicação interprofissional é simultaneamente condição e obstáculo para o uso qualificado da lista. Poveda *et al.* (2021) ressaltam que, em muitos serviços, as etapas de “time out” e “sign out” não são realizadas com a participação verbal ativa de todos, mas delegadas a um único profissional (frequentemente da enfermagem), enquanto os demais se mantêm focados em suas tarefas individuais. Tal prática desvirtua a lógica do checklist, concebido para fomentar comunicação e tomada de decisão compartilhada, e reflete relações de trabalho pouco horizontais (POVEDA *et al.*, 2021). Souza *et al.* (2020) reforçam que a construção de um ambiente cirúrgico seguro, na percepção da enfermagem, exige comunicação clara, respeito mútuo e coesão de equipe; quando esses elementos estão ausentes, o checklist tende a ser vivido como tarefa isolada da enfermagem, e não como compromisso coletivo (SOUZA *et al.*, 2020).

Do ponto de vista das relações de poder, a literatura revisada sugere que o enfermeiro ocupa um lugar paradoxal: é responsabilizado pela segurança do paciente e pela operacionalização do checklist, mas nem sempre dispõe de autoridade reconhecida para interromper o fluxo cirúrgico ou para demandar a participação efetiva de todos os membros da equipe. Alves Santos *et al.* (2020) e Tostes e Galvão (2020) enfatizam que a baixa adesão de determinados profissionais e a resistência a mudanças de rotina exigem do enfermeiro não apenas competência técnica, mas capacidade de negociação, liderança e enfrentamento de hierarquias estabelecidas (ALVES SANTOS *et al.*, 2020; TOSTES; GALVÃO, 2020). Gutierrez *et al.* (2020) e Toti *et al.* (2020), por sua vez, evidenciam o desgaste subjetivo associado a essa posição, em que o enfermeiro, ao tentar exercer seu protagonismo, frequentemente se depara com conflitos, falta de apoio gerencial e fragilidades de reconhecimento (GUTIERRES *et al.*, 2020; TOTI *et al.*, 2020).

Em conjunto, os 12 artigos permitem compreender que os obstáculos ao uso qualificado do checklist de cirurgia segura não são meramente operacionais, mas estão ancorados em uma

ecologia institucional complexa: organizações que não protegem tempo e recursos para a segurança; culturas que naturalizam a aceleração e a flexibilização de etapas “intangíveis”; e relações de trabalho marcadas por hierarquias rígidas e comunicação pouco dialógica. Nesse cenário, a liderança do enfermeiro, discutida na primeira categoria, é continuamente tensionada por tais barreiras, o que ajuda a explicar por que, mesmo em contextos com alto nível de conhecimento declarado sobre o protocolo, a adesão plena e consistente permanece um desafio.

### **Categoria 3 – Potencialidades do checklist para o fortalecimento da segurança do paciente na perspectiva da enfermagem**

A análise da categoria “Potencialidades do checklist para o fortalecimento da segurança do paciente na perspectiva da enfermagem” evidencia que os 12 artigos convergem em reconhecer o checklist de cirurgia segura como um dispositivo com grande potencial para qualificar o cuidado perioperatório, sobretudo quando apropriado e conduzido de forma crítica pela enfermagem. Ainda que os estudos enfatizem limites e obstáculos, há um consenso de que a lista de verificação, articulada à liderança do enfermeiro, favorece a padronização de processos, a prevenção de eventos adversos, a comunicação multiprofissional e a construção de uma cultura de segurança.

410

Do ponto de vista clínico-assistencial, o checklist é reiteradamente apresentado como instrumento capaz de ordenar etapas críticas do cuidado e reduzir a probabilidade de falhas graves, como cirurgia em paciente errado, em lado equivocado ou com procedimento inadequado. Pereira *et al.* (2020), ao analisarem o protocolo de cirurgia segura no transoperatório, mostram que as falhas identificadas em itens essenciais (como checagem de identidade, local e procedimento) constituem, na verdade, a face negativa da não utilização qualificada da lista; implicitamente, o estudo evidencia que o cumprimento rigoroso das etapas do checklist tem potencial para mitigar esse conjunto de riscos, conferindo maior confiabilidade ao processo cirúrgico (PEREIRA *et al.*, 2020). De modo semelhante, Silva *et al.* (2020), ao examinarem a adesão médica ao protocolo de cirurgia segura e sua relação com eventos adversos, indicam que a baixa conformidade está associada à ocorrência de incidentes evitáveis, reforçando, por contraste, que a adesão plena ao checklist representa uma oportunidade concreta de redução de danos ao paciente (SILVA *et al.*, 2020).

Em estudos que focalizam a aplicação prática do checklist em cenários específicos, o potencial para fortalecer a segurança aparece de forma mais direta. Falcão *et al.* (2024), ao

avaliarem a adesão ao checklist em cirurgias oftalmológicas, destacam que a utilização sistemática do instrumento permite identificar e corrigir omissões na preparação do paciente e da sala operatória, garantindo, por exemplo, a conferência de equipamentos, a correta identificação do paciente e a demarcação do sítio cirúrgico. Na perspectiva dos autores, o checklist se configura como uma barreira de segurança adicional, inserida em um contexto de alta rotatividade de procedimentos, em que pequenos lapsos poderiam ter consequências graves (FALCÃO *et al.*, 2024). Tostes e Galvão (2020), ao analisarem a implementação e o uso diário da lista em hospitais, reforçam essa leitura ao apontar que o protocolo, quando incorporado às rotinas sob liderança da enfermagem, contribui para a organização do fluxo, a antecipação de problemas (como falhas de material ou ausência de resultados de exames) e a sistematização do cuidado em diferentes fases do perioperatório (TOSTES; GALVÃO, 2020).

O checklist também é apresentado como dispositivo central para o fortalecimento da comunicação e do trabalho em equipe, dimensões que a enfermagem reconhece como basilares para a segurança. Poveda *et al.* (2021) ressaltam que as etapas de “time out” e “sign out” foram concebidas para favorecer a comunicação verbal estruturada entre cirurgião, anestesista e enfermagem; mesmo quando a adesão a essas etapas é parcial, o estudo enfatiza que, nos serviços em que há participação mais ativa da equipe, o checklist funciona como momento de alinhamento de expectativas, discussão de riscos e compartilhamento de informações cruciais (POVEDA *et al.*, 2021). Souza *et al.* (2020), ao explorarem a percepção de profissionais de enfermagem sobre segurança em centro cirúrgico, apontam que a lista de verificação é compreendida como uma oportunidade concreta para que a equipe “pare” e pense coletivamente sobre o paciente, funcionando como gatilho para práticas comunicacionais mais horizontais e para a revisão de condutas antes da incisão (SOUZA *et al.*, 2020). Do ponto de vista da enfermagem, essa potencialidade é particularmente relevante porque converte em rotina institucional uma prática, pausa reflexiva e compartilhada, que, sem o checklist, permaneceria dependente apenas da iniciativa individual.

Na dimensão pedagógica e de desenvolvimento profissional, vários estudos destacam o checklist como ferramenta que favorece a aprendizagem em serviço e a consolidação de competências em segurança do paciente. Alves Santos *et al.* (2020) mostram que a maior parte dos profissionais de centro cirúrgico reconhece a importância da lista e associa sua utilização à prevenção de erros e eventos adversos; ao mesmo tempo, os participantes apontam a



necessidade de capacitações contínuas, sugerindo que o protocolo pode ser tomado como eixo estruturante de ações de educação permanente lideradas pela enfermagem (ALVES SANTOS *et al.*, 2020). Santos, Bonato e Silva (2020) reforçam essa ideia ao evidenciar que muitos membros da equipe cirúrgica valorizam o checklist como instrumento de organização do cuidado e de prevenção de falhas, mas sentem falta de treinamentos sistemáticos; sob essa ótica, o protocolo se converte em oportunidade para o enfermeiro assumir um papel de preceptor e facilitador da aprendizagem sobre segurança cirúrgica (SANTOS; BONATO; SILVA, 2020). Cabral *et al.* (2021), ao trabalharem com critérios auditáveis, mostram ainda que o monitoramento da adesão ao checklist, combinado com intervenções educativas, gera melhora progressiva nos indicadores, o que sugere um potencial de retroalimentação permanente entre prática e formação (CABRAL *et al.*, 2021).

Alguns trabalhos evidenciam, de maneira mais explícita, o potencial do checklist para estruturar uma cultura organizacional de segurança, articulando-se às atribuições gerenciais da enfermagem. Em estudo exploratório com enfermeiros de centros cirúrgicos, Gutierrez *et al.* (2020) destacam que, apesar das dificuldades relatadas, os participantes reconhecem na lista de verificação um recurso que “legitima” a cobrança por práticas seguras, ao transformar exigências de segurança em norma institucional. Isso significa que o checklist oferece ao enfermeiro uma base normativa para negociar com a equipe, sustentar pausas, questionar a ausência de informações e recusar o início de procedimentos sem os requisitos mínimos de segurança (GUTIERRES *et al.*, 2020). Na mesma linha, Toti *et al.* (2020) apontam que, quando a lista é reconhecida pelo coletivo, os profissionais de enfermagem se sentem mais respaldados para assumir posição de liderança, na medida em que deixam de depender exclusivamente de sua autoridade pessoal e passam a se apoiar em um protocolo institucionalmente validado (TOTI *et al.*, 2020).

O potencial de adaptação e resposta a novos riscos também aparece como dimensão relevante na perspectiva da enfermagem. O relato de experiência de Oliveira, Gonçalves e Lima (2020) sobre a adaptação do checklist de cirurgia segura para pacientes em isolamento respiratório no contexto da Covid-19 demonstra que a lista pode ser reconfigurada para incorporar novos elementos de segurança, por exemplo, fluxos de paramentação e desparamentação, circuitos de circulação de materiais e organização dos tempos de entrada e saída da equipe. A experiência mostra que o checklist não é um instrumento rígido, mas uma

plataforma que pode ser ampliada sob liderança da enfermagem para contemplar riscos emergentes, mantendo o foco na proteção simultânea do paciente e dos trabalhadores (OLIVEIRA; GONÇALVES; LIMA, 2020). Sob essa ótica, o potencial da lista extrapola a prevenção de “erros clássicos” (identidade, lateralidade, contagem de materiais) e passa a englobar a gestão ampliada do risco em situações complexas.

Por fim, vários estudos sugerem que o checklist tem potencial para reforçar o olhar ampliado da enfermagem sobre o cuidado seguro, integrando dimensões técnicas, éticas e relacionais. Souza *et al.* (2020) e Alves Santos *et al.* (2020) mostram que, aos olhos dos profissionais de enfermagem, a lista de verificação contribui para que a segurança seja entendida não apenas como ausência de evento adverso, mas como resultado de um conjunto de práticas cotidianas – comunicação efetiva, registro adequado, planejamento de recursos, respeito ao paciente, escuta da equipe –, muitas das quais já fazem parte do núcleo tradicional de responsabilidades da enfermagem (SOUZA *et al.*, 2020; ALVES SANTOS *et al.*, 2020). Assim, o checklist se alinha à lógica de cuidado integral que caracteriza a prática de enfermagem, oferecendo um arcabouço estruturado para aquilo que muitos profissionais já realizavam de forma difusa.

Em síntese, na perspectiva da enfermagem, os 12 artigos analisados apontam que o checklist de cirurgia segura possui, pelo menos, quatro grandes potencialidades para o fortalecimento da segurança do paciente: (1) ordenar etapas críticas do cuidado e reduzir a probabilidade de erros graves; (2) instituir momentos formais de comunicação e tomada de decisão compartilhada; (3) funcionar como eixo para processos de educação permanente, auditoria e melhoria contínua; e (4) servir de base normativa e adaptativa para a construção de uma cultura de segurança centrada no paciente e liderada pela enfermagem. A efetivação dessas potencialidades, contudo, depende diretamente da capacidade das instituições e equipes de enfrentar os obstáculos organizacionais, culturais e relacionais discutidos na categoria anterior, bem como de reconhecer e fortalecer o protagonismo do enfermeiro na condução do protocolo.

#### **Categoria 4 – Estratégias educativas e gerenciais para qualificar a adesão e a aplicação do checklist**

Na quarta categoria analítica – estratégias educativas e gerenciais para qualificar a adesão e a aplicação do checklist – os artigos revisados convergem em demonstrar que a consolidação do checklist de cirurgia segura como ferramenta efetivamente centrada na segurança do

paciente depende de intervenções sistemáticas em duas frentes articuladas: (a) educação permanente e formação em serviço; e (b) gestão organizacional, com estruturação de processos, definição de responsabilidades e uso de indicadores para monitoramento.

Do ponto de vista educativo, diversos estudos enfatizam que a implantação do checklist foi acompanhada, com maior ou menor robustez, de programas de capacitação conduzidos ou liderados pela enfermagem. Tostes e Galvão (2020) descrevem um programa educacional estruturado para implementação da lista de verificação, envolvendo treinamento da equipe de enfermagem e demais profissionais do centro cirúrgico, com abordagem teórica e prática sobre as etapas de entrada, pausa e saída. As autoras evidenciam que a existência de um programa formal de educação em serviço foi decisiva para que o checklist deixasse de ser apenas um formulário anexado ao prontuário e passasse a ser incorporado como parte da rotina assistencial (TOSTES; GALVÃO, 2020).

Em linha semelhante, Cabral *et al.* (2021) relatam a utilização de critérios auditáveis combinada a intervenções educativas como estratégia para qualificar a adesão ao checklist. No estudo, as auditorias iniciais identificaram baixa conformidade em diversos itens, o que subsidiou a realização de ações educativas focadas nos pontos críticos. Após a intervenção, houve incremento expressivo na conformidade com os critérios de segurança, ainda que não se tenha alcançado 100% em todos os itens, indicando que processos educativos sistemáticos, com devolutiva de resultados, são capazes de produzir mudanças mensuráveis no comportamento da equipe (CABRAL *et al.*, 2021). A articulação entre educação permanente e auditoria clínica é apontada como eixo central de uma gestão baseada em evidências.

Outros trabalhos ressaltam a lacuna entre o reconhecimento da importância do checklist e a oferta de capacitação formal, sugerindo, ao mesmo tempo, o potencial de intervenções educativas. Santos, Bonato e Silva (2020) mostram que, embora quase todos os profissionais declararem conhecer o checklist e considerá-lo importante, parcela significativa não recebeu treinamento específico para sua aplicação. Os autores defendem a necessidade de programas estruturados de educação permanente, com participação ativa da enfermagem, que abordem não apenas a mecânica do preenchimento, mas a lógica de segurança subjacente ao protocolo (SANTOS; BONATO; SILVA, 2020). Alves Santos *et al.* (2020) reforçam esse entendimento ao registrar que os participantes sugerem, como estratégia para superar desafios na adesão, a

realização de capacitações periódicas, reuniões de sensibilização e integração do tema “cirurgia segura” nas agendas institucionais de educação em saúde (ALVES SANTOS *et al.*, 2020).

Nos estudos qualitativos, a dimensão educativa aparece também como estratégia de empoderamento da enfermagem. Toti *et al.* (2020) evidenciam que muitos profissionais de enfermagem relatam insegurança para exigir o cumprimento de todas as etapas do checklist diante da resistência de outros membros da equipe; nesse sentido, processos educativos que enfatizem o papel legal e ético do enfermeiro frente à segurança do paciente são vistos como fundamentais para reforçar sua autoridade técnica e sua capacidade de liderança (TOTI *et al.*, 2020). Gutierrez *et al.* (2020), ao discutirem as dificuldades de enfermeiros em segurança do paciente no centro cirúrgico, apontam a educação permanente como estratégia privilegiada para enfrentar fragilidades de conhecimento, ressignificar o checklist como ferramenta de segurança – e não de mera burocracia – e criar espaços coletivos de discussão de incidentes e quase-erros (GUTIERRES *et al.*, 2020).

As estratégias educativas também se projetam sobre contextos específicos de risco ampliado. No relato de Oliveira, Gonçalves e Lima (2020), a adaptação do checklist de cirurgia segura para pacientes em isolamento respiratório no contexto da Covid-19 foi acompanhada de orientações sistemáticas à equipe acerca de novos fluxos de paramentação, circulação de materiais e desparamentação, com o enfermeiro assumindo papel central na difusão dessas práticas. A experiência mostra que, diante de novos desafios, o checklist pode servir como base didática para organizar a aprendizagem da equipe em torno de procedimentos seguros (OLIVEIRA; GONÇALVES; LIMA, 2020).

Do ponto de vista gerencial, os artigos enfatizam que a qualificação da adesão ao checklist exige mais do que treinamentos pontuais: requer a construção de uma infraestrutura de gestão da segurança, na qual a enfermagem ocupa posição estratégica. Poveda *et al.* (2021) discutem a implementação do checklist em hospitais brasileiros e evidenciam que a mera existência de protocolos institucionais não garante sua aplicação completa. As autoras apontam como estratégias gerenciais necessárias: definição clara de responsabilidades por etapa do checklist, apoio visível das lideranças hospitalares, inclusão de indicadores de adesão em sistemas de monitoramento da qualidade e integração do protocolo com outros instrumentos de gestão de risco (POVEDA *et al.*, 2021).

Cabral *et al.* (2021) reforçam o papel da auditoria clínica como componente central das estratégias gerenciais. A aplicação de critérios auditáveis permitiu identificar fragilidades específicas (por exemplo, baixa frequência de comunicação estruturada ou de conferência de materiais), direcionando ações de melhoria. A repetição de auditorias após intervenções educativas mostrou-se útil para verificar o impacto das mudanças e sustentar um ciclo contínuo de avaliação e aperfeiçoamento – lógica próxima ao ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) na gestão da qualidade (CABRAL *et al.*, 2021).

Tostes e Galvão (2020) enfatizam a importância da gestão de processos no centro cirúrgico para viabilizar o uso consistente do checklist. As autoras destacam que a organização dos fluxos de pacientes, a disponibilidade de materiais e a definição de rotinas claras para o momento de cada etapa do checklist são atribuições gerenciais nas quais o enfermeiro, sobretudo em função de seu papel de coordenação do centro cirúrgico, deve estar intensamente envolvido (TOSTES; GALVÃO, 2020). Sem essa reconfiguração de fluxos, a lista tende a ser vivida como um elemento estranho, encaixado de maneira improvisada em rotinas pré-existentes.

Souza *et al.* (2020), ao abordarem a percepção da enfermagem sobre segurança do paciente, chamam atenção para a necessidade de políticas institucionais explícitas de segurança, que incluam o checklist como eixo estruturante e garantam condições materiais mínimas, dimensionamento de pessoal, tempo adequado para pausas, equipamentos funcionantes, para sua aplicação. Para os profissionais entrevistados, a gestão da segurança não pode ser reduzida a iniciativas individuais; é necessário que a organização explicita, por meio de normas, fluxos e apoio das chefias, que a realização das etapas do checklist é prioridade institucional (SOUZA *et al.*, 2020).

Em alguns estudos, a estratégia gerencial aparece associada à necessidade de envolver outras categorias profissionais e de reposicionar o checklist como responsabilidade multiprofissional. Silva *et al.* (2020), ao mostrar baixa adesão de médicos ao protocolo, sugerem que intervenções gerenciais devem incluir os cirurgiões em todas as fases de planejamento e implementação de estratégias de segurança, evitando que o checklist seja percebido como “tarefa da enfermagem”. Nesse sentido, reuniões multiprofissionais, definição de líderes clínicos em cirurgia segura e inserção de indicadores de adesão médica em processos avaliativos são apontados como caminhos para ampliar o compromisso de toda a equipe (SILVA *et al.*, 2020).

Na interface entre educação e gestão, vários artigos sugerem que a educação permanente deve ser institucionalizada como política, e não depender apenas da iniciativa individual de enfermeiros. Alves Santos *et al.* (2020), Santos, Bonato e Silva (2020) e Gutierrez *et al.* (2020) convergem em indicar a necessidade de cronogramas regulares de capacitação, reuniões de discussão de casos, atualização de protocolos e envolvimento das coordenações de enfermagem e direção hospitalar na sustentação dessas ações (ALVES SANTOS *et al.*, 2020; SANTOS; BONATO; SILVA, 2020; GUTIERRES *et al.*, 2020). Com isso, o checklist se torna eixo articulador de uma política de segurança, e não apenas instrumento técnico.

Assim, as estratégias educativas e gerenciais descritas nos 12 artigos podem ser sintetizadas em quatro grandes blocos:

Programas de treinamento inicial e educação permanente, com participação ativa da enfermagem, abordando tanto o conteúdo do checklist quanto os princípios da segurança cirúrgica (TOSTES; GALVÃO, 2020; ALVES SANTOS *et al.*, 2020; SANTOS; BONATO; SILVA, 2020; TOTI *et al.*, 2020; GUTIERRES *et al.*, 2020).

Auditorias clínicas, uso de critérios auditáveis e monitoramento de indicadores de adesão, articulados a feedback sistemático às equipes (CABRAL *et al.*, 2021; FALCÃO *et al.*, 2024).

Reorganização de processos e fluxos no centro cirúrgico, com definição clara de responsabilidades, integração do checklist a políticas institucionais de segurança e fortalecimento do apoio das lideranças (POVEDA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020).

Iniciativas específicas de adaptação do checklist a novos contextos de risco (como a Covid-19), combinadas a ações educativas direcionadas, nas quais o enfermeiro assume papel de protagonista na inovação organizacional (OLIVEIRA; GONÇALVES; LIMA, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Na perspectiva da enfermagem, essas estratégias apontam que a qualificação da adesão ao checklist não pode ser pensada apenas como “mudança de comportamento individual”, mas como resultado de um investimento consistente em educação permanente e em gestão da segurança, no qual o enfermeiro ocupa posição central como líder clínico, educador e gestor do cuidado perioperatório.

## CONCLUSÃO



A presente revisão integrativa permitiu compreender, de maneira articulada, que o uso do checklist de cirurgia segura, quando conduzido sob a liderança do enfermeiro, configura-se como estratégia central para o fortalecimento da segurança do paciente no contexto cirúrgico. A análise do conjunto de estudos evidenciou que a lista de verificação não é apenas um instrumento técnico de registro, mas uma tecnologia organizacional que estrutura etapas críticas do cuidado, organiza fluxos, fomenta a comunicação multiprofissional e torna mais visíveis práticas de prevenção de eventos adversos no perioperatório.

No que se refere à liderança e ao protagonismo da enfermagem, os resultados demonstram que o enfermeiro, especialmente na função de circulante de sala e de coordenador do centro cirúrgico, ocupa posição privilegiada para a condução das diferentes fases do checklist, entrada, pausa e saída. Cabe a esse profissional articular a equipe, assegurar a realização das conferências de identidade, procedimento e sítio cirúrgico, supervisionar a disponibilidade de equipamentos e materiais e estimular a discussão prévia de riscos e eventualidades. Essa centralidade, entretanto, não se esgota na dimensão operacional: envolve também responsabilidades gerenciais, educativas e ético-políticas que situam o enfermeiro como liderança clínica em segurança do paciente.

Ao mesmo tempo, a revisão mostrou que a efetividade desse protagonismo é fortemente condicionada por obstáculos organizacionais, culturais e relacionais. Em muitos serviços, o checklist foi implementado de forma predominantemente normativa, sem o devido suporte em termos de dimensionamento de pessoal, proteção de tempo para as pausas de segurança, padronização de fluxos e monitoramento sistemático da adesão. Em paralelo, persistem culturas institucionais nas quais o checklist é percebido como burocracia adicional ou elemento que “retarda” o ato cirúrgico, e nas quais as relações de poder, fortemente hierarquizadas, limitam a capacidade da enfermagem de sustentar pausas, exigir o cumprimento de etapas e convocar a participação efetiva de toda a equipe. Esses achados reforçam que a baixa adesão não decorre, majoritariamente, de ignorância sobre a existência do protocolo, mas de condições estruturais e simbólicas que o desvalorizam ou o tornam de difícil aplicação.

Apesar desses entraves, a literatura analisada reconhece ampla e consistentemente as potencialidades do checklist para o fortalecimento da segurança do paciente. A lista de verificação é descrita como barreira de proteção contra erros graves, ao sistematizar a checagem de identidade, local e procedimento, a contagem de materiais, a verificação de equipamentos e

a preparação adequada do ambiente. Além disso, constitui um dispositivo privilegiado para a institucionalização de momentos formais de comunicação coletiva, viabilizando que a equipe alinhe informações, discuta riscos e revise condutas antes da incisão cirúrgica e ao término do procedimento. Para a enfermagem, em particular, o checklist reforça um modo de cuidar que já é historicamente orientado à visão integral do paciente, à antecipação de problemas e à prevenção de danos.

A análise também evidenciou que estratégias educativas e gerenciais estruturadas são decisivas para transformar o checklist em prática efetiva e não apenas formal. Programas de treinamento inicial e de educação permanente, articulados à devolutiva de resultados e à reflexão crítica sobre os incidentes, mostraram-se capazes de elevar os níveis de adesão e qualificar a compreensão da equipe acerca do sentido da cirurgia segura. Da mesma forma, a utilização de auditorias clínicas, critérios de avaliação de conformidade e indicadores de desempenho, combinada à reorganização de fluxos no centro cirúrgico e ao apoio explícito das lideranças institucionais, desponta como eixo indispensável para sustentar, no tempo, o uso qualificado da lista de verificação. Nesses processos, o enfermeiro assume papel central como educador, gestor do cuidado e articulador da cultura de segurança.

419

Diante desse conjunto de elementos, é possível responder à questão norteadora afirmando que o uso do checklist de cirurgia segura, sob a liderança do enfermeiro, configura-se como estratégia potencialmente efetiva de segurança do paciente no contexto cirúrgico, mas sua eficácia concreta depende de três condições principais: (1) reconhecimento e legitimação institucional da liderança da enfermagem em segurança cirúrgica; (2) enfrentamento sistemático dos obstáculos organizacionais, culturais e relacionais que dificultam a adesão plena ao protocolo; e (3) implementação de políticas de educação permanente e gestão da qualidade que integrem o checklist a uma política mais ampla de segurança do paciente.

Como implicação prática, os achados indicam que gestores, lideranças de enfermagem e equipes multiprofissionais devem investir em arranjos organizacionais que convertam o checklist em eixo estruturante do cuidado cirúrgico, e não em mera exigência documental. Para pesquisas futuras, sugerem-se estudos que relacionem, de forma mais direta, níveis de adesão ao checklist e indicadores clínicos de desfecho, bem como investigações qualitativas aprofundadas sobre as dinâmicas de poder, comunicação e cultura institucional que podem apoiar ou fragilizar a liderança do enfermeiro em cirurgia segura. Em síntese, a consolidação do

checklist como ferramenta centrada na segurança do paciente depende, em grande medida, da capacidade do sistema de saúde de fortalecer a enfermagem como protagonista de uma prática perioperatória crítica, reflexiva e comprometida com a redução de riscos e danos evitáveis.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, C. B. de . Revisão integrativa: da realização da pesquisa ao desenho da publicação acadêmica. *Cenas Educacionais, Caetité*, v. 7, p. e20891, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13863172.

ALVES SANTOS, Evelyn et al. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. *Enfermería Actual en Costa Rica, San José*, n. 38, p. 1-15, 2020.

AMARAL, J. J. F. do; SOUZA, M. N. A. de. Pesquisa bibliográfica para a área da saúde. Fortaleza: [s. n.], 2021. E-book (50 p.). ISBN 978-65-902236-2-3.

ANDRADE, A. A.; BASTOS, J. E. S. R.; LIMA, R. N. Atuação da enfermagem no checklist de cirurgia segura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 8, n. 10, p. 916-925, 2022.

BARROS, A. C. S. et al. Use of the Surgical Safety Checklist in a maternity teaching hospital in the state of Ceará, Brazil. *Revista SOBECC, São Paulo*, v. 28, e2328902, 2023. DOI: 10.5327/Z1414-4425202328902.

BARROS, S.; SILVA, S. O. P. Protocolo de cirurgia segura e sua relevância para o enfermeiro do centro cirúrgico. *Temas em Saúde, Arapiraca*, v. 24, n. 2, p. 57-79, 2025.

BASS, E. J.; HOSE, B. Z. Perioperative environment safety culture: a scoping review addressing safety culture, climate, enacting behaviors, and enabling factors. *Anesthesiology Clinics*, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 755-773, 2023. DOI: 10.1016/j.anclin.2023.06.004.

BIREME; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. [S. l.]: BIREME/OPAS/OMS, [s. d.].

CABRAL, Danielle Bezerra et al. Critérios auditáveis para implementação de melhores práticas na adesão ao checklist cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*, v. 34, eAPE00515, 2021.

DANTAS, H. L. L. et al. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem, São Paulo*, v. 12, n. 37, p. 334-345, 2022.

DHOLLANDE, S. et al. Conducting integrative reviews: a guide for novice nursing researchers. *Journal of Research in Nursing, London*, v. 26, n. 5, p. 427-438, 2021.

DIRIE, N. I. et al. Knowledge and attitudes towards the WHO surgical safety checklist among healthcare workers in Mogadishu, Somalia. *BMC Health Services Research*, London, v. 25, art. 1184, 2025.

FALCÃO, A. S. et al. Adesão ao preenchimento do checklist de cirurgias seguras oftalmológicas. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 29, 2024. DOI: 10.5327/Z1414-4425202429985.

FACEY, M. et al. The ritualisation of the surgical safety checklist and its decoupling from patient safety goals. *Sociology of Health & Illness*, [S. l.], v. 46, n. 6, p. 1100-1118, 2024. DOI: 10.1111/1467-9566.13746.

FARIA, L. R. de et al. Effect of the surgical safety checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, [S. l.], v. 49, e20223286, 2022. DOI: 10.1590/0100-6991e-20223286\_en.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira et al. Dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico: estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 19, n. 4, 2020. DOI: 10.17665/1676-4285.20206438.

KUTCHER, A. M.; LEBARON, V. T. A simple guide for completing an integrative review using an example article. *Journal of Professional Nursing*, [S. l.], v. 40, p. 13-19, 2022.

OLIVEIRA, Thais da Costa; GONÇALVES, Paula Alencar; LIMA, Thatiane Albuquerque da Costa. Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura para o contexto da Covid-19. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 11, n. esp. 2, p. 114-120, 2020. DOI: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4012.

PEÑATARO-PINTADO, E. et al. Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 1280-1289, 2021. DOI: 10.1111/scs.12968.

PEREIRA, Laura Fabiane de Macêdo Lopes et al. Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 14, e242554, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.242554.

POVEDA, V. B. et al. Implementação de checklist de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 74, n. 2, e20190874, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0874.

QAISER, S. et al. The role of WHO surgical checklists in reducing postoperative adverse outcomes: a systematic review. *Cureus*, San Francisco, v. 16, n. 10, e70923, 2024. DOI: 10.7759/cureus.70923.

ROCHA, R. G. et al. Boas práticas na utilização do checklist de cirurgia segura por enfermeiros no período transoperatório. *Global Academic Nursing Journal*, [S. l.], v. 2, n. 1, e86, 2021. DOI: 10.5935/2675-5602.20200086.

SANTOS, T. C. V. et al. Checklist de cirurgias seguras: percepção da equipe de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e63231, 2022.

SANTOS, W. P.; WILK, M. M. G. S. Contributions of perioperative nursing to patient safety in the operating room: an integrative review. *Research, Society and Development*, Itajubá, v. 12, n. 2, p. e14712240089, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i2.40089.

SILVA, H. L. J.; PEREZ, I. M. P. A adesão da equipe de enfermagem ao checklist de cirurgia segura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 8, n. 9, p. 884-894, 2022.

SILVA, Pedro Henrique Alves et al. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 47, e20202429, 2020. DOI: 10.1590/0100-6991e-20202429.

SOUZA, R. A.; RIBEIRO, V. S.; LIMA, S. J. S. Práticas de enfermagem para a construção de um ambiente cirúrgico seguro: uma revisão de literatura. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, [S. l.], v. 5, n. 5, p. 1-14, 2024. DOI: 10.47820/recima21.v5i5.5234.

SOUZA, Aline Tamiris Gonçalves et al. Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-82, 2020. DOI: 10.5327/Z1414-4425202000020003.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; GALVÃO, Cristina Maria. Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 204-211, 2020. DOI: 10.5327/Z1414-4425202000040003.

TOTI, Ian Cesar Cardoso et al. Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 10, n. 1, e20101010, 2020. DOI: 10.15210/jonah.v10i1.18332.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe surgery. Geneva: World Health Organization, 2024.

WYSS, M.; KOLBE, M.; GRANDE, B. Make a difference: implementation, quality and effectiveness of the WHO surgical safety checklist – a narrative review. *Journal of Thoracic Disease*, Hong Kong, v. 15, n. 10, p. 5723-5735, 2023. DOI: 10.21037/jtd-22-1807.