

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

YURI QUINTANILHA BERNARDES

Barreiras para adesão ao checklist de cirurgia segura: Revisão de escopo

Juiz de Fora

2025

Yuri Quintanilha Bernardes

Barreiras para adesão ao checklist de cirurgia segura: Revisão de escopo

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra Luciane Ribeiro

Coorientador: Dr. André Luiz da Silva Alvim

Juiz de Fora

2025

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

Bernardes, Yuri Quintanilha.

Barreiras para adesão ao checklist de cirurgia segura : Revisão de
escopo / Yuri Quintanilha Bernardes. -- 2025.

45 p.

Orientador: Luciane Ribeiro

Coorientador: André Luiz de Silva Alvim

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade
Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, 2025.

1. Segurança do Paciente.
 2. Lista de Checagem.
 3. enfermagem.
 4. Centros Cirúrgicos.
 5. Revisão de Escopo.
- I. Ribeiro, Luciane, orient.
- II. Alvim, André Luiz de Silva, coorient.
- III. Título.

Yuri Quintanilha Bernardes

Barreiras para adesão ao checklist de cirurgia segura: Revisão de escopo

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem

Aprovado em ____ de _____ de 2025

BANCA EXAMINADORA

Dra. Luciane Ribeiro - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. André Luiz da Silva Alvim
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Fábio da Costa Carbogim
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Marcela Luciana Alves Quintanilha e Mauro Donizzetti Bernardes Da Rocha, e aos meus avós Maria Marlene Alves Quintanilha e Waldecir Proença Quintanilha que me apoiaram, inspiraram e auxiliaram nessa minha jornada e que me mantiveram firme e me deram base para continuar perseguindo meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus amigos por estarem comigo nessa caminhada, principalmente ao Marco Antônio De Paula Braga Callegari e Maria Luiza Paschoal Formigoni, os quais posso considerar como meu irmão e minha irmã respectivamente. Também expresso gratidão por serem uma forma de descontração e alegria durante esses cinco anos, sempre me apoiando, ajudando e incentivando nesse momento em que fiquei tão distante daqueles que convivi por 18 anos ininterruptos.

Agradeço também à minha orientadora Dra Luciane Ribeiro por todo aprendizado e pela paciência ao longo desse tempo. Aprendi muito com suas orientações e seu exemplo como profissional me inspiram a buscar cada vez mais.

Agradeço a Daniela Avellar e a Letícia Cassiano por todo momento de desabafo e riso nesse período tão importante em minha vida.

Agradeço a Deus e aos meus guias espirituais por me manter ereto e firme no meu propósito, por nunca deixarem de me amparar e por deixarem minha cabeça livre de tentações e desejos de desistência.

Agradeço também a todos aqueles que fizeram parte comigo nesse momento único, meus amigos de grupo, companheiros de ligas e amigos de turma.

“O que fazemos em vida ecoa pela eternidade”

(Marco Aurélio, II d.C)

RESUMO

Objetivo: Mapear, na literatura, as barreiras enfrentadas pelos profissionais de enfermagem na adesão ao Checklist de cirurgia segura desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em 2009. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo que foi conduzida seguindo a metodologia do JBI e as recomendações do PRISMA-ScR. As buscas foram realizadas na PUBMED via MedLine, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), Scopus, Embase, , Scientific Electronic Library Online (Scielo), Food Science and Technology Abstracts (FSTA – EBSCO), Google Acadêmico e Open Access Theses and Dissertations (OATD). Foram considerados estudos que abordaram a atuação da equipe de enfermagem nas atividades relacionadas ao Checklist de cirurgia segura, utilizando como cenários a enfermaria cirúrgica e o centro cirúrgico. Além disso, não houve delimitação temporal e limitação de idioma. Os estudos foram incluídos no software Mendeley e em seguida, exportados para a plataforma Rayyan. O último, respectivamente, incluiu a seleção de pesquisas de forma cega e independente por dois revisores, sendo os conflitos sanados por um terceiro pesquisador. Os dados foram extraídos de forma pareada por meio de instrumento próprio construído para essa finalidade. **Resultados:** Foram identificados 350 artigos nas bases de dados e na literatura cinzenta. Após as etapas de triagem e exclusão de duplicatas nos softwares Mendeley® e Rayyan, 328 artigos foram submetidos à análise. Com base nos critérios de inclusão, 283 foram excluídos na leitura de títulos e resumos, restando 45 para leitura completa. Desses, 20 foram incluídos, e um adicional foi encontrado por busca reversa, totalizando 21 artigos. As publicações, datadas de 2012 a 2025, são majoritariamente brasileiras e redigidas em português (76,19%). Os estudos incluídos apresentam variados delineamentos metodológicos, com predomínio dos qualitativos (47,62%) e foram conduzidos, em sua maioria, no centro cirúrgico (66,67%). Os participantes estão distribuídos entre profissionais de enfermagem, equipes multiprofissionais e documentos institucionais. As principais barreiras à adesão ao Checklist de Cirurgia Segura identificadas foram: desconhecimento e falta de capacitação profissional, comunicação ineficaz entre equipes, ausência de liderança ativa, sobrecarga de trabalho e limitações estruturais e de recursos. **Conclusão:** as barreiras identificadas comprometem a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Destaca-se a necessidade de medidas como treinamentos contínuos, engajamento multiprofissional, fortalecimento da comunicação, designação de lideranças e revisão do checklist. A adoção dessas estratégias pode fortalecer a cultura de segurança, reduzir falhas e melhorar a efetividade do cuidado cirúrgico.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Lista de Checagem. Enfermagem. Centros Cirúrgicos. Revisão de Escopo

ABSTRACT

Objective: To map, in the literature, the barriers faced by nursing professionals in adhering to the Surgical Safety Checklist developed by the World Health Organization in 2009. **Method:** This is a scoping review conducted following the methodology of the Joanna Briggs Institute (JBI) and the PRISMA-ScR guidelines. Searches were carried out in PUBMED via MedLine, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Nursing Database (BDENF), Scopus, Embase, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Food Science and Technology Abstracts (FSTA – EBSCO), Google Scholar, and Open Access Theses and Dissertations (OATD). Studies addressing the role of the nursing team in activities related to the Surgical Safety Checklist were considered, focusing on surgical wards and operating rooms as settings. Moreover, there were no time frame or language restrictions. The studies were included in Mendeley software and subsequently exported to the Rayyan platform. In the latter, study selection was conducted blindly and independently by two reviewers, with conflicts resolved by a third researcher. Data were extracted in pairs using a specific tool developed for this purpose.

Results: A total of 350 articles were identified in the databases and gray literature. After screening and duplicate removal using Mendeley® and Rayyan, 328 articles were assessed. Based on the inclusion criteria, 283 were excluded during the title and abstract screening, leaving 45 for full-text review. Of these, 20 were included, and one additional article was retrieved through reverse search, totaling 21 studies. The publications, dated from 2012 to 2025, are predominantly Brazilian and written in Portuguese (76.19%). The included studies present varied methodological designs, with a predominance of qualitative approaches (47.62%) and were mostly conducted in operating rooms (66.67%). Participants included nursing professionals, multiprofessional teams, and institutional documents. The main barriers to adherence to the Surgical Safety Checklist identified were: lack of knowledge and professional training, ineffective communication between teams, absence of active leadership, work overload, and structural and resource limitations. **Conclusion:** The identified barriers compromise the quality of care and patient safety. The need for continuous training, multiprofessional engagement, strengthening of communication, leadership designation, and checklist review is highlighted. The adoption of these strategies can

enhance the safety culture, reduce errors, and improve the effectiveness of surgical care.

Keywords: Patient Safety. Checklist. Nursing. Surgicenters. Scoping Review.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Critérios de elegibilidade da revisão de escopo..... | 5 |
| Quadro 2. Descrição das estratégias de busca realizadas em cada fonte de informação..... | 7 |
| Quadro 3. Formulário de extração de dados..... | 9 |
| Quadro 4. Descrição das publicações incluídas na revisão de escopo, 2025. (n=21)... | |
| 14 | |
| Quadro 5. Barreiras para a adesão ao Checklist de cirurgia segura..... | 17 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| CL | checklist |
| EA | Eventos Adversos |
| RPA | Recuperação pós anestésica |
| JBI | <i>Joanna Briggs Institute</i> |
| PRISMA-Scr | <i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i> |
| OSF | <i>Open Science Framework</i> |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| LILACS | Latin American and Caribbean Health Sciences Literature |
| SciELO | Scientific Electronic Library Online |
| FSTA-EBSCO | Food Science and Technology Abstracts |
| OATD | Open Access Theses and Dissertations |
| DeCS/MeSH | Medical Subject Headings |

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2 METODOLOGIA..... | 5 |
| 2.1 Desenho de estudo..... | 5 |
| 2.2 Critérios de Inclusão..... | 5 |
| 2.3 Estratégia de Busca..... | 6 |
| 2.4 Seleção do estudo..... | 8 |
| 2.5 Extração de Dados..... | 9 |
| 2.6 Apresentação dos resultados..... | 11 |
| 3 RESULTADOS..... | 12 |
| 4 DISCUSSÃO..... | 19 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 26 |
| REFERÊNCIAS..... | 27 |

1 INTRODUÇÃO

Em meados do ano de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente como resposta à Resolução nº 55.18 da Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos Estados-Membros da OMS a maior atenção à questão da segurança do paciente. A Aliança tem como objetivo sensibilizar governos e profissionais da saúde, promovendo o comprometimento político e apoiando a criação de políticas públicas e práticas voltadas à segurança dos pacientes (OMS, 2009).

Dentro desta aliança, a cada ano, foram organizados programas que abordam aspectos técnicos e sistêmicos de estratégias que visam a melhoria da segurança no atendimento à saúde em todo o mundo. Um dos principais instrumentos dessa iniciativa são os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, formulados bienalmente para destacar áreas de risco e engajar os países em ações concretas. O primeiro Desafio concentrou-se nas infecções relacionadas à assistência à saúde, enquanto o segundo teve como foco a segurança cirúrgica (OMS, 2009).

Considerando dados de estimativa da OMS, foram realizadas 312,9 milhões de cirurgias no mundo no ano de 2015, com 75% delas em países desenvolvidos, que representam apenas 30% da população global, sendo projetado até 2030 aproximadamente 430 a 550 milhões de cirurgias anuais. Nessa conjuntura, cerca de 2 milhões de pacientes morreram durante ou após os procedimentos, e 7 milhões sofreram complicações, metade das quais poderiam ser evitadas (Ferraz, 2016; Weiser et al., 2015).

Além disso, para cada 300 pacientes internados em hospitais, um morre, sendo mais de 50% dessas mortes relacionadas a complicações cirúrgicas preveníveis (Ferraz, 2016). Erros esses elencados como mau cumprimento das rotinas do ambiente hospitalar, administração incorreta de medicações, infecções e até cirurgias em sítios ou pacientes errados. Essas situações acarretam aumento dos gastos assistenciais, impactos jurídicos à equipe cirúrgica, comprometimento da recuperação e prejuízos biopsicossociais aos pacientes (Silva; Paludo; Arruda, 2022).

Sendo assim, com base nos dados da OMS 4 de 2019, aproximadamente 13% do total de cirurgias mundiais resultaram em incapacitação do paciente devido

algum evento adverso durante o procedimento (transoperatório). Ademais, a taxa de mortalidade pós-cirúrgica pode atingir 5% em procedimentos de grande porte. Por sua vez, as complicações afetam até 25% dos pacientes, podendo ter a metade dos casos evitados com medidas de segurança simples, como o uso de um checklist.

Para efetivar a melhoria da segurança na assistência cirúrgica, foi desenvolvido o protocolo de cirurgia segura, o qual contempla a prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; e indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009). Como ferramenta para otimizar a segurança na assistência cirúrgica, a OMS desenvolveu e recomendou o uso de um checklist de cirurgia segura (CL) para se aplicado em três momentos: 1º) *sign in* - período pré operatório - quando são checados os dados do paciente, tipo de cirurgia, demarcação de lateralidade, jejum e uso de medicamentos 2º) *time out* - feito imediatamente antes da incisão cirúrgica, sendo confirmado o nome do paciente, lateralidade, procedimento que será realizado e se a equipe cirúrgica está completa; 3º) *sign out*, antes do paciente sair da sala de cirurgia, quando são contadas as compressas, instrumentais cirúrgicos, identificação adequada das peças anatômicas e os cuidados pós operatórios especiais, antes do paciente ser encaminhado para a sala de recuperação pós anestésica (OMS, 2009).

No ano de 2021, a OMS lançou o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, uma iniciativa crucial para combater as complicações na saúde, incluindo a assistência cirúrgica, que constitui causa importante de morte e incapacidade em todo o mundo. Esse plano inclui diversos objetivos estratégicos buscando garantir a segurança de todos os processos clínicos. Dessa forma reitera o compromisso da OMS em garantir que os cuidados de saúde, inclusive os procedimentos cirúrgicos, sejam realizados com os mais altos padrões de segurança contribuindo cada vez mais para a diminuição de agravos relacionados à prática clínica e cirúrgica (Fiocruz, 2023).

A enfermagem tem um papel fundamental nas questões que envolvem a cirurgia segura, pois os enfermeiros aparecem como os principais condutores da aplicação do checklist. Além disso, a utilização desta ferramenta possibilita o entrosamento entre a equipe, reduzindo as chances de erros e a maior qualidade do cuidado cirúrgico (Rabêlo *et al.*, 2022). Ademais, a equipe de enfermagem pode atuar no que diz respeito ao correto posicionamento do paciente de modo a mantê-lo

confortável. Também poderá auxiliar na etapa da anestesia, quando poderá atuar diretamente na monitorização do paciente, nos cuidados durante a indução anestésica e cuidados após a reversão anestésica (Salazar Maya, 2022).

Em estudos realizados ao redor do mundo é evidente que a implementação do CL cirúrgico de forma adequada e satisfatória vem trazendo inúmeros benefícios aos pacientes atendidos. Um estudo pioneiro, conduzido em oito hospitais de diferentes cidades (Toronto, Canadá; Nova Déli, Índia; Amã, Jordânia; Auckland, Nova Zelândia; Manila, Filipinas; Ifakara, Tanzânia; Londres, Inglaterra; e Seattle, EUA), com uma amostra de 3.955 pacientes participantes do programa *Safe Surgery Saves Lives* da OMS, demonstrou que, após a adesão ao CL, houve redução na taxa de óbitos de 1,5% para 0,8% ($p = 0,003$) e das complicações hospitalares de 11,0% para 7,0% ($p < 0,001$) (Hayne et al., 2009). Outro estudo, com 1.750 pacientes, evidenciou também a diminuição da taxa de complicações de 18,4% para 11,7% ($p = 0,0001$) e da taxa de mortalidade de 3,7% para 1,4% ($p = 0,0067$) (Weiser, 2010).

Outro estudo, demonstrou que os principais eventos prevenidos são erros de lateralidade, troca de pacientes, retenção não intencional de objetos no interior do sítio cirúrgico e problemas no funcionamento dos equipamentos anestésicos e cirúrgicos, pois o CL serve como uma forma de barreira a algum possível erro que venha atingir o paciente (Santos et al., 2022).

Em um estudo brasileiro foi observado uma diminuição na estimativa pontual de eventos adversos, passando de 13,6% antes da utilização do checklist para 11,8% após sua implementação. A ocorrência de EA esteve associada a fatores como o risco anestésico do paciente, a duração da internação, o tempo cirúrgico e a classificação do procedimento quanto ao potencial de contaminação. Em relação à taxa de mortalidade verificou-se uma redução significativa nos óbitos ($p=0,007$) entre os pacientes em que o CL foi aplicado, em comparação com aqueles que não utilizaram o instrumento (Ribeiro et al., 2022).

Entretanto, sabe-se que o CL não está sendo utilizado na prática conforme as recomendações estabelecidas pela OMS. Um estudo observacional transversal avaliou 375 cirurgias constatando a existência do CL em 60,8% delas (IC95%: 55,3%-65,2%) e completamente preenchido em 3,5% delas (IC95%: 1,1%-6,0%). Entretanto, o preenchimento completo de cada momento cirúrgico foi crescente: 3,5% (IC95%: 1,1%-6,0%) no primeiro momento; 13,3% (IC95%: 8,8%-17,7%), no

segundo; e 27,9% (IC95%: 22,0%-33,8%), no terceiro. A maioria (56,4%) das falhas no preenchimento do *checklist* foi identificada nos itens: “sítio cirúrgico demarcado”; “verificação de segurança anestésica”; “eventos críticos do cirurgião”; “eventos críticos do anestesista”; “exames de imagem” e “problemas com equipamentos” (Freitas et al., 2014).

Corroborando com o estudo supracitado, uma pesquisa envolvendo a revisão do CL de 851 prontuários de pacientes cirúrgicos, constatou-se que em 95% dos prontuários analisados, havia registro do CL; contudo, apenas 67,4% deles estavam completamente preenchidos, sendo a checagem verbal o item menos utilizado (RIBEIRO et al., 2019).

Nesse contexto, torna-se fundamental realizar o mapeamento das principais barreiras que dificultam a adesão ao checklist de cirurgia segura, conforme já identificadas em investigações científicas prévias. Essa análise não apenas contribui para a ampliação do conhecimento sobre os fatores que comprometem a efetividade do instrumento, como também subsidia a formulação de estratégias direcionadas à sua implementação eficaz. Ao identificar e compreender os entraves enfrentados pela equipe de enfermagem no ambiente cirúrgico, sejam eles estruturais, organizacionais, culturais ou relacionados ao comportamento dos profissionais, é possível promover intervenções mais assertivas, capazes de fortalecer a cultura de segurança e, assim, garantir uma assistência cirúrgica mais segura, padronizada e centrada no paciente.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo, conduzida com base na metodologia desenvolvida pelo JBI, o qual possui como objetivo exibir uma síntese abrangente de diversas evidências científicas sobre uma determinada temática. Essa abordagem permite analisar a extensão e o alcance do material em estudo e de identificar lacunas na literatura existente (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; PETERS et al., 2020).

O presente estudo foi elaborado seguindo as 9 etapas de investigação: definição da questão de pesquisa, definição e alinhamento do(s) objetivo(s) e da questão de revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão; planejamento da busca, seleção e extração de dados; busca de evidências; seleção das evidências; extração dos dados das evidências incluídas; análise das evidências; apresentação dos resultados; e síntese e conclusões (PETERS et al., 2024). Ademais, foi guiado pelas diretrizes do PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (TRICCO et al., 2018) e registrado na Open Science Framework sob número DOI: 10.17605/OSF.IO/BMUWD.

2.2 Critérios de Inclusão

Em relação aos critérios de elegibilidade optou-se pela utilização do mnemônico PCC (participantes, conceito e contexto), que é o indicado para revisões de escopo (PETERS et al., 2024) e encontra-se descrito no Quadro 1. Desta forma, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais são as barreiras enfrentadas pela equipe de enfermagem para aplicação do checklist de cirurgia segura no ambiente cirúrgico?”.

Quadro 1. Critérios de elegibilidade da revisão de escopo

| Componente do PCC | Detalhamento do critério |
|-------------------------|--|
| P (Participante) | Profissionais da equipe de enfermagem que possam atuar na aplicação do checklist de cirurgia segura. |
| C (Conceito) | Barreiras para adesão ao <i>Checklist</i> de cirurgia segura, essa 4º |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | meta da segurança do paciente. |
| C (Contexto) | Centro cirúrgicos, demais estabelecimento de saúde onde é possível implementar o checklist de cirurgia segura |
| Tipos de fontes de evidência | Serão considerados documentos, publicados ou não publicados, que relatam estudos observacionais analíticos (coorte, estudos de caso-controle) e observacionais descritivos (transversais, de séries de caso e de relatos de caso). Estudos experimentais (ensaios clínicos randomizados) e quase-experimentais (ensaios clínicos não randomizados) poderão ser considerados. Os tipos de documentos a serem considerados serão artigos científicos, livros ou capítulos de livros, monografias, dissertações e teses. Além disso, serão também considerados estudos de revisão da literatura. Optou-se por evitar o recorte temporal e restrições de idiomas. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

2.3 Estratégia de Busca

Neste estudo foi realizado uma busca nas bases de dados como: *PubMed* via *MedLine*, *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Scopus*, *Embase*, *Food Science and Technology Abstracts (FSTA – EBSCO)* e literatura cinzenta, foi utilizados o *Google Scholar* (nas cinco primeiras páginas de resultados) e no *Open Access Theses and Dissertations (OATD)*. Após, foi realizada uma busca na lista de referência e nas citações de todos os estudos selecionados para a extração de dados.

Ademais, no modo “pesquisa avançada”, foram utilizados os termos do *Medical Subject Headings (DeCS/MeSH)*, combinados aos termos booleanos “OR” e “AND” para fazer a busca nas respectivas bases de dados (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição das estratégias de busca realizadas em cada fonte de informação

| BASE DE DADOS | ESTRATÉGIA DE BUSCAS | Data da busca | Artigos encontrados |
|--------------------|---|------------------------------|----------------------------|
| PubMed Via MedLine | (((((Nursing Team[MeSH Terms]) OR (PATIENT CARE TEAM[MeSH Terms])) AND (Time Out Healthcare[MeSH Terms])) OR (Timeout Surgical[MeSH Terms])) AND (Procedures Operative Surgical[MeSH Terms])) OR (Procedures Operative[MeSH Terms]) | 18/02/2025 | 182 artigos |
| LILACS | ((nursing team) OR (patient care team)) AND ((time out healthcare) OR (surgical timeout)) AND ((surgical procedures operative) OR (procedures operative)) AND instance:"lilacsplus" ((grupo de enfermería) OR (equipo de enfermería)) AND ((pausa de seguridad en la atención a la salud)) AND ((centros quirúrgicos)) AND instance:"lilacsplus" | 03/03/2025 03/03/2025 | 8 artigos 2 artigos |
| BDENF | tw:(tw:((nursing team) OR (patient care team))) AND (tw:((time out healthcare) OR (surgical timeout))) AND (tw:((surgical procedures operative) OR (procedures operative))) AND collection_enfermeria:* AND (collection_enfermeria:("BDENF")) | 03/03/2025 | 4 artigos |
| SciELO | (enfermagem) AND (cirurgia segura) AND (Centro cirúrgico) | 03/03/2025 | 4 artigos |
| FSTA – EBSCO | nursing team AND Safe surgery | 03/03/2025 | 4 artigos |
| Scopus | (TITLE-ABS-KEY ('nursing AND team') AND ALL ('surgical AND timeout') AND ALL ('operating AND rooms')) | 04/04/2025 | 7 artigos |

| | | | |
|---|---|------------|------------|
| <i>Embase Via Periódicos Capes</i> | 'nursing' AND 'time out' AND 'operating rooms' | 04/04/2025 | 71 artigos |
| <i>Literatura Cinzenta (Google Acadêmico)</i> | "enfermagem" "Cirurgia segura" "Centro cirúrgico" | 28/03/2025 | 49 artigos |
| <i>Literatura Cinzenta (OADT)</i> | "Enfermagem" AND "cirurgia segura" | 28/03/2025 | 19 artigos |

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

2.4 Seleção do estudo

Após realizar a estratégia de busca, as informações levantadas nas diferentes fontes foram importadas para o *software Mendeley®* (*Elsevier, London, United Kingdom*), onde todas as duplicatas foram removidas. O próximo passo consistiu na importação dos registros para o *software Rayyan – Intelligent Systematic Review*, plataforma escolhida para a seleção e exploração dos estudos (OUZZANI et al., 2016). Entretanto, devido à incompatibilidade de exportação de arquivos da base PubMed via MedLine com o *software Mendeley®* (*Elsevier, Londres, Reino Unido*), os arquivos desta base foram importados diretamente para o *software Rayyan*.

Sendo assim, a etapa de seleção consistiu na avaliação dos títulos e resumos com base nos critérios de inclusão e na estratégia PCC definida nesta revisão de escopo. Posteriormente, o aprofundamento através de leitura minuciosa dos textos selecionados foi realizado pelos pesquisadores, que registraram em todos os momentos os motivos de exclusão do texto na revisão de escopo, quando necessário. O processo de seleção foi realizado por dois revisores independentes, acadêmicos do curso de enfermagem de uma Universidade federal do interior de Minas Gerais. As divergências que surgiram entre os revisores em qualquer etapa do processo de seleção foram resolvidas por um terceiro revisor, doutor e professor

do programa de graduação e pós-graduação da mesma Universidade (PETERS et al., 2020).

2.5 Extração de Dados

As recomendações do JBI (POLLOCK et al., 2022) foram utilizadas para a extração de dados, onde as informações dos estudos selecionados e incluídos na revisão de escopo foram digitadas em uma tabela própria elaborada pelos pesquisadores, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3. Formulário de extração de dados

| Itens de extração |
|---|
| Sobrenome dos autores |
| Data de publicação do artigo |
| Título |
| País de publicação |
| Idioma |
| Desenho de estudo |
| Ambiente/contexto |
| Participantes e amostra |
| Principais barreiras encontradas para adesão ao <i>Checklist</i> de cirurgia segura |

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

O formulário de extração das informações foi testado em cinco estudos que foram selecionados previamente pelos revisores, para isso foi feito por dois revisores de forma independente, como recomendado pelo JBI. Essa etapa é utilizada como maneira de manter a transparência e clareza na extração de dados. .

2.6 Apresentação dos resultados

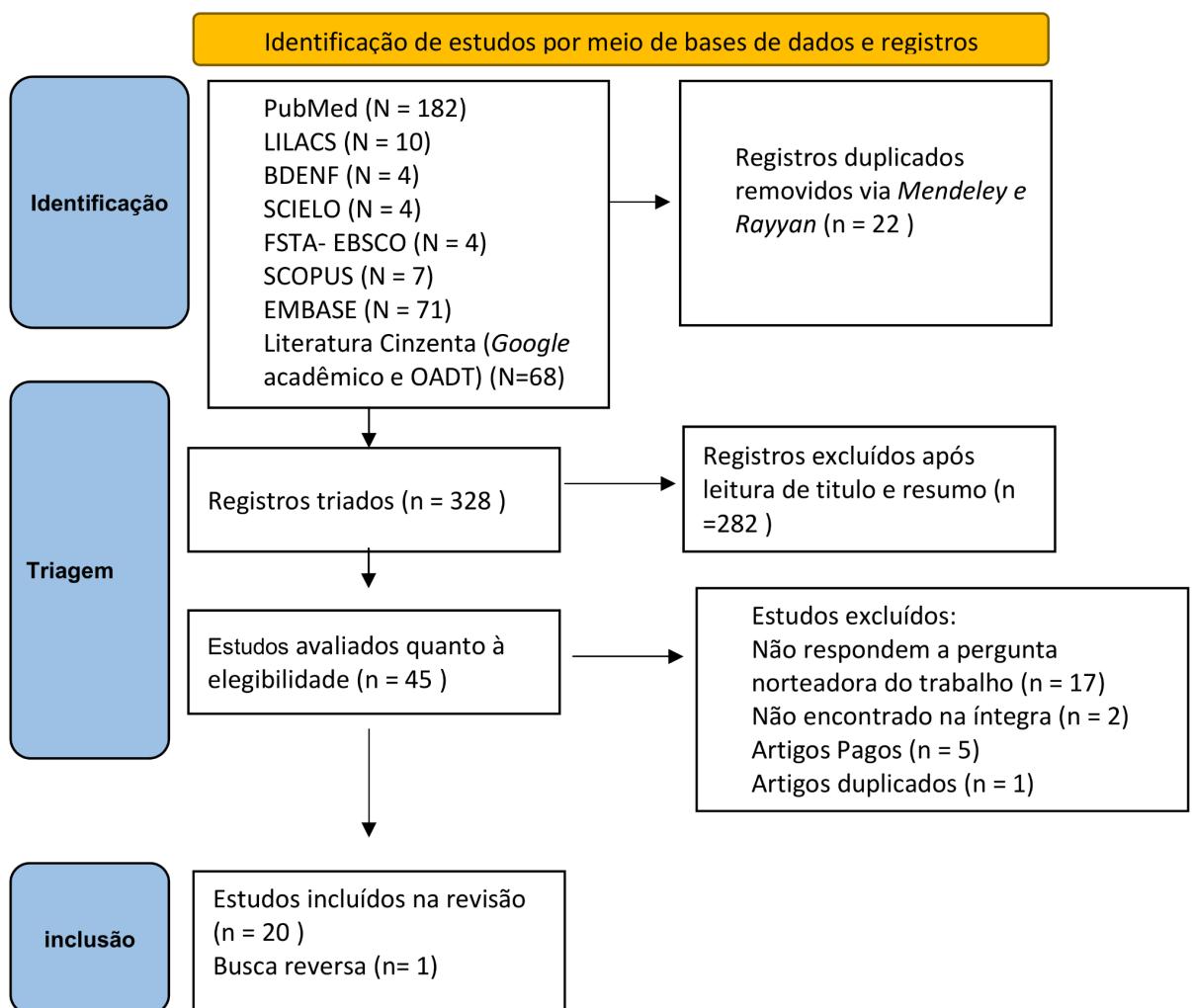
Os resultados foram apresentados por meio de mapas, quadros, fluxogramas, tabelas ou figuras, respondendo à pergunta de pesquisa e aos objetivos determinados neste estudo. Os dados foram analisados por categorização temática, com agrupamento por similaridade, conforme recomendações do JBI (Pollock et al., 2022).

3 RESULTADOS

Foram obtidos 350 artigos a partir da busca nas bases de dados combinadas com a literatura cinzenta. Para a análise dos resultados, no *Mendeley®*, foram importados 168 artigos, excetuando os do *PubMed via MedLine*. Após a identificação e exclusão de 5 duplicatas, restaram 159 artigos para a próxima etapa da triagem. No total, 343 artigos foram incluídos no software *Rayyan*, onde foi realizada uma segunda verificação de duplicatas, em razão da inclusão direta dos artigos da base *PubMed via MedLine* nesse software. Nessa etapa, foram identificadas 29 duplicatas. Após os devidos ajustes, permaneceu um total de 328 artigos para análise.

Na sequência, após a leitura do título e do resumo, foi excluído um total de 283 artigos conforme os critérios de inclusão, restando 45 artigos para leitura completa. Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados foi incluído na revisão um total de 20 artigos. Ademais, foi feito uma busca reversa nesses artigos incluídos sendo encontrado 1 artigo que responde a pergunta norteadora. Essas etapas encontram-se representadas pelo fluxograma Prisma 2020 indicado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma elaborado com base nas recomendações PRISMA-ScR, 2025.



Por fim, os 21 artigos analisados encontram-se dentro de um recorte temporal que vai do ano de 2012 a 2025. Observa-se que a maior parte das pesquisas foi realizada no Brasil, enquanto as demais estão distribuídas por países como Estados Unidos, China, Reino Unido, França, Alemanha, Coreia do Sul e Quênia. Em relação ao idioma, 16 artigos (76,19%) são redigidos na língua portuguesa, seguido por 4 em inglês (19,05%) e 1 em francês (4,76%).

Quanto ao delineamento das metodologias, identificaram-se 10 estudos qualitativos (47,61%), subdivididos em exploratório, exploratório descritivo e explicativo descritivo; 4 revisões bibliográficas (19,05%), sendo retrospectiva e integrativa; 4 estudos quantitativos (19,05%), classificados como avaliativo, observacional e transversal, documental e retrospectivo; e 3 estudos transversais (14,29%), de natureza mista e descritivo.

Em relação ao ambiente de realização, o centro cirúrgico foi o cenário mais frequente, com 14 estudos (66,67%), seguido por bases de dados com 5 estudos (23,81%), além de 1 pesquisa em hospital de ensino (4,76%) e 1 em hospital filantrópico (4,76%).

Quanto aos participantes dos estudos, identificou-se que, em sua maioria, eles se distribuem em três categorias principais: o primeiro grupo inclui profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem); o segundo abrange profissionais de enfermagem associados a outros profissionais da saúde (enfermeiros, técnicos, auxiliares, médicos e instrumentadores); e o terceiro é composto por documentos, como artigos e prontuários. Todos esses dados estão detalhados no quadro 4. Descrição das publicações incluídas na revisão de escopo, 2025 (n=21).

Quadro 4. Descrição das publicações incluídas na revisão de escopo, 2025. (n=21)

| ID | AUTORES/ ANO | TÍTULO | IDIOMA/ PAÍS | DESENHO DO ESTUDO | AMBIENTE | PARTICIPANTES/ Amostra |
|-----|-------------------------------|--|--------------------|--|------------------|--|
| A-1 | Moraes; Neto; Santos. (2020) | A percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico em uma maternidade do Sul do Brasil | Português / Brasil | Pesquisa qualitativa com abordagem exploratório descritiva | Centro Cirúrgico | Enfermeiros e técnicos de enfermagem (30 profissionais) |
| A-2 | Andrade; Bastos; Lima. (2022) | Atuação da enfermagem no checklist de cirurgia segura | Português / Brasil | Revisão Bibliográfica abordagem retrospectiva | Bases de dados | Artigos |
| A-3 | Silva FAA; Silva AGN. (2017) | Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo | Português / Brasil | Pesquisa qualitativa de abordagem descritiva e explicativa | Centro cirúrgico | Enfermeiros e técnicos de enfermagem (30 profissionais) |
| A-4 | Panzetti et al. (2020) | Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura | Português / Brasil | Pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva | Centro cirúrgico | Enfermeiros e técnicos de enfermagem (3 enfermeiros e 26 técnicos) |
| A-5 | Gomes et al. (2016) | Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a | Português / Brasil | Pesquisa qualitativa com abordagem | Centro cirúrgico | Enfermeiros e técnicos de enfermagem (4 |

| | | | | | | |
|------|------------------------|---|--------------------|---|------------------|--|
| | | utilização do checklist cirúrgico | | exploratória | | enfermeiros e 9 técnicos) |
| A-6 | Coletto et al. (2021) | Checklist de cirurgia segura: conhecimento e desafios da equipe de enfermagem | Português / Brasil | Pesquisa qualitativa de abordagem descritiva e exploratória | Centro cirúrgico | Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (46 profissionais) |
| A-7 | Rosalino. (2021) | Importância do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico: Um instrumento de trabalho para enfermagem | Português / Brasil | Revisão Bibliográfica | Base de dados | Artigos |
| A-8 | Silva et al. (2019) | Desafios na utilização do checklist de cirurgia segura | Português / Brasil | Pesquisa descritiva e transversal | Centro cirúrgico | Enfermeiros e técnicos de enfermagem (9 enfermeiros e 41 técnicos) |
| A-9 | Toti et al. (2020) | Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura | Português / Brasil | Pesquisa qualitativa do tipo exploratória | Centro cirúrgico | Enfermeiros e técnicos de enfermagem (2 enfermeiros e 10 técnicos) |
| A-10 | Silva; Perez. (2022) | A adesão da equipe de enfermagem ao checklist de cirurgia segura | Português / Brasil | Pesquisa exploratória de forma qualitativa | Base de dados | Artigos |
| A-11 | Ferreira et al. (2019) | Fatores intervenientes na implantação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário | Português / Brasil | Pesquisa qualitativa do tipo descritivo e exploratório | Centro cirúrgico | médicos cirurgiões, médicos residentes de cirurgia e anestesia, enfermeiros, residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem (3 enfermeiros, 9 técnicos, 4 residentes de enfermagem e 7 residentes de medicina) |
| A-12 | Alves et al. (2025) | A aplicação do checklist para cirurgia segura e a percepção da enfermagem | Português / Brasil | Revisão bibliográfica do tipo integrativa | Base de dados | Artigos |
| A-13 | Maziero (2012) | Avaliação da implantação do programa cirurgia segura em um hospital de ensino | Português / Brasil | Dissertação quantitativa de abordagem avaliativa | Centro cirúrgico | Cirurgiões ortopédicos, residentes em cirurgia ortopédica, anestesiologistas, residentes em |

| | | | | | | |
|------|---|---|-----------------------|--|-------------------------------|---|
| | | | | | | anestesiologia, enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem e instrumentadores (3 cirurgiões ortopédicos, 3 residentes de cirurgia ortopédica, 1 anestesiologista, 2 residentes de anestesiologia, 3 enfermeiras, 6 técnicos, 2 auxiliares de enfermagem e 2 instrumentadores) |
| A-14 | Junior; Magalhães. (2018) | Dificuldades na aplicação do checklist cirúrgico: estudo qualitativo de abordagem ecológica restaurativa | Português / Brasil | pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritiva | Centro cirúrgico ambulatorial | Técnicos de enfermagem (8 técnicos) |
| A-15 | Papadakis; Meiwindi; Grzybowski. (2019) | The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety | Inglês/ Alemanha | Revisão Bibliográfica | Base de dados | Artigos |
| A-16 | McLaughLiN et al. (2012) | University o f California, Los Angeles, surgical time-out process: evolution, challenges, and future perspective | Inglês/ EUA | Pesquisa quantitativa | Centro cirúrgico | Enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, residentes, instrumentadores e técnicos em neuro monitoramento |
| A-17 | Gong et al. (2021) | A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations | Inglês/ China | Pesquisa quantitativa observacional | Centro cirúrgico | cirurgiões, anestesistas e enfermeiros (85 cirurgiões, 86 anestesistas e 96 enfermeiros) |
| A-18 | Kwon et al. (2019) | A comparative study on patient safety attitude between nurses and doctors in operating rooms | Inglês/ Coreia do Sul | Pesquisa transversal | Centro cirúrgico | Enfermeiros, cirurgiões e anestesistas (95 enfermeiros e 76 médicos) |
| A-19 | Hacquard et al. (2013) | Assessment of the check-list in the operating room: Perceptions of | Francês/ França | Pesquisa qualitativa | centro cirúrgico | Enfermeiros, cirurgiões, anestesistas e residentes (79 |

| | | | | | | |
|------|-----------------------|--|--------------------|---|-----------------------|---|
| | | caregivers and physicians (level II assessment) | | | | enfermeiros e 98 médicos) |
| A-20 | Taiswa et al. (2023) | Adherence level to the World health Organization surgical safety checklist and associated factors in operating rooms in a county teaching and referral hospital in South-Western Kenya | Inglês/ Quênia | Pesquisa transversal de método misto | Hospital de ensino | Enfermeiros, cirurgiões e anestesistas (16 enfermeiros, 9 cirurgiões e 6 anestesistas) |
| A-21 | Ribeiro et al. (2019) | Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios | Português / Brasil | Pesquisa quantitativa transversal, documental e retrospectiva | Hospital filantrópico | Prontuários (423 prontuários) |

ID: Identificação; A: Artigos; EUA: Estados Unidos

Fonte: Elaborado pelo autor, (2025).

Os estudos selecionados apresentaram várias barreiras para a adesão ao Checklist de cirurgia segura. Essas barreiras foram organizadas de acordo com as categorias: desconhecimento e falta de capacitação; falta de comprometimento e participação; comunicação ineficiente; falta de liderança; tempo e sobrecarga; ademais estrutura e recursos, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5. Barreiras para a adesão ao Checklist de cirurgia segura.

| Categoria | Barreiras para adesão ao CL | Artigos |
|--|--|---|
| Desconhecimento e falta de capacitação. | <ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento sobre o Checklist (CL) e seus benefícios; - Falta de treinamento teórico e prático; - Ausência de capacitação e atualização contínuas; - Insegurança quanto à aplicabilidade do protocolo. | A-2, A-3, A-4, A-6, A-9, A-10, A-12, A-15, A-17, A-20. |
| Falta de comprometimento e participação. | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de seriedade no preenchimento (nome e função); - Falta de comprometimento e participação da equipe cirúrgica; - Resistência dos profissionais, principalmente médicos e cirurgiões; - Falta de interesse e colaboração; - Ausência de supervisão contínua. | A-2, A-3, A-4, A-5, A-6, A-9, A-10, A-12, A-15, A-17, A-20. |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Comunicação ineficiente | <ul style="list-style-type: none"> - Deficiência de comunicação entre equipes (enfermagem, equipe médica, paramédica); - Dificuldade de coordenação entre setores; - Rotatividade de equipes sem padronização clara; - Falhas na confirmação verbal de itens de segurança; - Ausência de uma cultura de segurança integrada. | A-1, A-7, A-11, A-12, A-16, A-18, A-19, A-20, A-21. |
| Falta de liderança | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de liderança definida para conduzir o CL; - Enfermeiros sobrecarregados com múltiplas funções administrativas; - Falta de supervisão dedicada ao protocolo; - Ausência de equipe multidisciplinar engajada; - Falta de enfermeiros especializados em enfermagem operatória. | A-3, A-11, A-12, A-17, A-20. |
| Tempo e sobrecarga | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo para preenchimento adequado; - Pressão para agilizar cirurgias, principalmente em casos de emergência; - Duração prolongada do protocolo; - Aumento da carga de trabalho de técnicos, enfermeiros e equipe cirúrgica; - Burocracia e rotinas que ampliam a sobrecarga. | A-2, A-3, A-4, A-7, A-8, A-9, A-11, A-12, A-13, A-14, A-15, A-17, A-20. |
| Estrutura e recursos | <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de padronização do CL para diferentes tipos de cirurgia; - Itens de difícil compreensão e falta de explicação clara; - Não ser hospital de ensino, limitando a cultura de segurança e a aplicação do protocolo. | A-11, A-13, A-15, A-16. |

Fonte: Elaborado pelo Autor (2025).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo mapear as barreiras relacionadas à adesão ao Checklist de Cirurgia Segura. A análise apontou uma predominância de artigos com abordagem metodológica de caráter qualitativo, o que possibilitou identificar, de forma aprofundada, as percepções dos participantes com base em seus conhecimentos e experiências. Além disso, identificaram-se também pesquisas de natureza quantitativa, as quais contribuíram para evidenciar padrões recorrentes de situações que representam obstáculos à implementação efetiva do protocolo de cirurgia segura em hospitais de diferentes regiões do mundo, com destaque maior para estudos do contexto brasileiro.

Em relação à categoria “tempo e sobrecarga”, evidencia-se que a falta de tempo constitui um fator significativo para a baixa adesão e a implementação ineficaz do Checklist de Cirurgia Segura nos centros cirúrgicos. Para a maioria dos autores analisados, os participantes relataram que não há tempo hábil para o preenchimento completo do protocolo, o qual muitas vezes é percebido apenas como uma exigência burocrática adicional, cuja responsabilidade recai, predominantemente, sobre a equipe de enfermagem. Essa situação contribui para a sobrecarga de trabalho desses profissionais, potencializando o risco de falhas (Toti *et al.*, 2020; Coletto *et al.*, 2021).

Além disso, observa-se uma pressão institucional voltada à agilidade em conduzir o paciente rapidamente até a sala cirúrgica ou para a Sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA), o que faz com que, em muitos casos, membros da equipe de enfermagem realizem as etapas do checklist de forma incompleta ou inadequada (Rosalino, 2021; Alves *et al.*, 2025).

Nesse sentido, de acordo com a Resolução COFEN nº 564/2017, tanto em seu preâmbulo quanto em seus capítulos subsequentes, é assegurado à equipe de enfermagem o direito de exercer suas funções livres de pressões que possam comprometer a segurança e a qualidade da assistência prestada. Nesse sentido, o Parecer Normativo do COFEN sobre o dimensionamento do pessoal de enfermagem estabelece parâmetros mínimos de força de trabalho, com o objetivo de evitar o subdimensionamento das equipes, fator que contribui para a sobrecarga, o estresse ocupacional e o aumento do risco assistencial. Tais diretrizes visam garantir condições de trabalho seguras, tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Portanto, faz-se necessário considerar e respeitar essas normativas, bem como

regulamentações equivalentes em outros países, como estratégia essencial para viabilizar a implementação efetiva e segura do Checklist de Cirurgia Segura, fortalecendo a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar.

Ademais, no que se refere à categoria relacionada à falta de tempo, alguns estudos destacaram que o Checklist de Cirurgia Segura é frequentemente percebido como um processo extenso e moroso, o que gera atrasos na dinâmica do centro cirúrgico e, consequentemente, desestimula a equipe a realizá-lo de forma completa e adequada. Essa percepção de que o preenchimento do checklist consome tempo excessivo faz com que, em muitos casos, etapas sejam executadas de maneira superficial ou até mesmo negligenciadas, comprometendo a eficácia do protocolo (Maziero, 2012; Wiss, Kolbe, Grande, 2023).

Uma outra categoria prevalente entre os estudos foi o desconhecimento e a falta de treinamento, relatado em 10 dos 21 artigos analisados, impactando de forma abrangente a implementação do Checklist, configurando-se como uma das barreiras mais significativas à sua plena adesão. A ausência de capacitação específica sobre a temática compromete não apenas a aplicação correta do protocolo, mas também o entendimento acerca de sua importância na promoção da segurança do paciente e na prevenção de possíveis eventos adversos (Colleto *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2020).

Profissionais que não recebem orientações claras, capacitação técnica ou atualização periódica tendem a executar o checklist de forma incompleta, mecânica ou até mesmo a negligenciar sua utilização, muitas vezes por não reconhecerem sua real contribuição para a qualidade assistencial (Pourzamani *et al.*, 2025). Essa realidade é ainda mais preocupante em contextos onde há alta rotatividade de profissionais, escassez de supervisão e limitações de recursos para educação continuada. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de investimentos permanentes em programas de educação continuada, capacitações periódicas, oficinas práticas e estratégias de sensibilização que enfatizem o checklist não apenas como uma exigência burocrática, mas como uma ferramenta imprescindível para a redução de erros e para a construção de uma cultura de segurança efetiva (OMS, 2009; Parente *et al.*, 2024).

Além disso, os estudos analisados evidenciaram que a falta de treinamento adequado e de compreensão clara sobre o funcionamento e os objetivos do protocolo de Cirurgia Segura faz com que muitos profissionais se sintam inseguros para aplicar o Checklist de forma correta. Essa insegurança, diretamente

relacionada ao desconhecimento, contribui para a execução incompleta ou até mesmo para o não cumprimento das etapas do protocolo. Um dos estudos revisados apontou que 52,2% dos profissionais relataram sentir-se inseguros e declararam ter dificuldade em seguir as diretrizes estabelecidas pelo Checklist de Cirurgia Segura, justamente por não terem recebido orientações suficientes ou capacitações específicas que os preparassem para a sua utilização (Toti et al., 2020).

Nesse sentido, superar essas barreiras demanda um comprometimento institucional mais sólido, com políticas claras de treinamento, incentivo ao aprendizado interprofissional, monitoramento da aplicação do protocolo e valorização do trabalho da equipe de enfermagem e das demais categorias envolvidas. Somente por meio de mudanças estruturais, aliadas a transformações culturais e educacionais, será possível garantir que todos os profissionais compreendam o valor do Checklist de Cirurgia Segura e se tornem protagonistas na sua utilização adequada (Parente et al., 2024).

A falta de comprometimento e participação efetiva dos profissionais também relatada em 10 dos 21 artigos analisados, refere-se a falta de comprometimento e de participação efetiva dos membros da equipe cirúrgica, sobretudo da classe médica, configurando-se como outra barreira relevante à plena implementação do Checklist de Cirurgia Segura. Os estudos evidenciam uma resistência, por vezes velada, ou até mesmo uma banalização do protocolo por parte de alguns profissionais, o que compromete diretamente sua aplicação conforme as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (Gomes et al., 2016; Silva; Perez, 2022).

De acordo com Moraes, Neto e Santos (2020), em muitas situações, por se conhecerem previamente, os membros da equipe acabam suprimindo etapas fundamentais do checklist, como a identificação dos profissionais e a definição clara das funções de cada um, tornando essa parte do protocolo ineficaz e desalinhada com os princípios preconizados pela OMS. Outro estudo ressalta a negligência de parte da equipe médica em aderir ao checklist, frequentemente percebido por alguns profissionais como uma exigência meramente burocrática, em vez de uma ferramenta de apoio essencial para a segurança do paciente (Toti et al., 2020).

Além disso, observa-se que a resistência por parte de alguns profissionais em aplicar o Checklist de forma completa e adequada, em especial pelos cirurgiões, se relaciona, em grande medida, ao valor atribuído por essa categoria à sua autonomia clínica, o que os leva a relutar em adotar processos padronizados, como o checklist

pré-incisão, por considerarem que tais protocolos podem limitar sua liberdade de decisão intraoperatória (McLaughlin et al., 2012). Nessa mesma perspectiva, Ribeiro et al., (2019) destacam que uma das barreiras identificadas foi a resistência dos cirurgiões residentes, especialmente no que se refere à realização da confirmação verbal das informações previstas no checklist. Situação também presente no estudo de Alves *et. al.*, (2025), nesse caso por acreditarem ser uma tarefa meramente burocrática apresentam resistência em seguir rigorosamente suas etapas.

Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias que envolvam todos os membros da equipe multiprofissional, especialmente os médicos, no processo de conscientização sobre a relevância do checklist. A construção de uma cultura de segurança efetiva demanda o engajamento de lideranças clínicas e administrativas para reforçar o cumprimento das etapas do protocolo, bem como a promoção de espaços de diálogo, sensibilização e corresponsabilização entre as diferentes categorias profissionais. Dessa forma, é possível transformar o checklist em uma prática coletiva e reconhecida como essencial para a prevenção de erros e a garantia de uma assistência cirúrgica mais segura (Lim *et al.*, 2023).

Outrossim, os estudos analisados evidenciam que a comunicação ineficiente constitui outro fator determinante que interfere negativamente na adesão ao Checklist de Cirurgia Segura. A falta de diálogo efetivo entre as equipes, a ausência de uma cultura consolidada de segurança do paciente e a alta rotatividade de profissionais são aspectos que, em conjunto, contribuem para esse cenário de fragilidade na comunicação (McLaughLiN *et al.*, 2012; Moraes; Neto; Santos, 2020).

No contexto do centro cirúrgico, a equipe de enfermagem interage diariamente com uma diversidade de profissionais, lidando com diferentes perfis, formações e estilos de trabalho, o que pode favorecer conflitos interpessoais, divergências de conduta e insatisfações. Essas situações, se não forem geridas adequadamente, tendem a gerar estresse ocupacional, impactando diretamente a qualidade da assistência e dificultando a manutenção de um ambiente seguro, livre de riscos e danos ao paciente (Stumm; Maçalai; Kirchner, 2006; Wei *et al.*, 2023).

Destaca-se, nesse sentido, que a comunicação não é responsabilidade exclusiva de uma única categoria, mas sim um compromisso coletivo de toda a equipe multiprofissional envolvida no cuidado perioperatório. Para Carrera et al. (2017), a atuação conjunta, pautada no diálogo aberto e na escuta ativa, é essencial para prevenir conflitos, reduzir o estresse ocupacional e, consequentemente,

fortalecer a segurança do paciente como princípio norteador das práticas assistenciais.

Ademais, alguns estudos apontam que a comunicação ineficiente interfere diretamente na consolidação da cultura de segurança, uma vez que a falta de trocas claras, objetivas e contínuas entre os profissionais dificulta o compartilhamento de informações críticas para a execução de procedimentos de forma segura (Aouicha *et al.*, 2022; Nedelcu *et al.*, 2022). Essa fragilidade comunicacional pode resultar em falhas durante as diversas etapas do processo cirúrgico, elevando o risco de eventos adversos e comprometendo a qualidade da assistência prestada (Nogueira; Rodrigues, 2015; Skråmm; Smith Jacobsen; Hanssen, 2021).

Nesse contexto de comunicação ineficaz, a alta rotatividade de profissionais também foi identificada como um fator que dificulta a aplicação correta do Checklist de Cirurgia Segura, uma vez que contribui para a baixa padronização dos processos assistenciais. Diversos estudos analisados destacaram que a constante troca de membros na equipe multiprofissional compromete a continuidade das práticas seguras, pois novos profissionais, muitas vezes, não recebem treinamento adequado ou integração suficiente para se familiarizarem com o protocolo e sua importância no fluxo cirúrgico (McLaughLiN *et al.*, 2012; Taiswa *et al.*, 2023; Alves *et al.*, 2025).

Assim, torna-se imperativo que as instituições de saúde invistam em estratégias que promovam a comunicação assertiva, como treinamentos interdisciplinares, implementação de protocolos claros de troca de informações e estímulo à cultura do feedback. Medidas como essas contribuem para alinhar condutas, reduzir ruídos de informação e criar um ambiente colaborativo, no qual todos os profissionais se sintam corresponsáveis pela segurança do paciente.

Em menor frequência, outras barreiras para a adesão também foram citadas por alguns estudos analisados, como a ausência de liderança ativa no processo. Para Gong *et al.* (2021), os participantes de sua pesquisa relataram que a presença de um enfermeiro responsável especificamente pela organização do Checklist de Cirurgia Segura facilitaria a adesão, pois haveria um profissional encarregado de supervisionar, orientar e cobrar o cumprimento correto das etapas.

Outro estudo apontou que, embora existam enfermeiros designados nos centros cirúrgicos, muitos acabam sobreencarregados com funções essencialmente administrativas, o que limita sua atuação direta na assistência e no

acompanhamento das práticas seguras (Silva F.A.A.; Silva A.G.N., 2017). Essa realidade compromete a integralidade do cuidado, a prevenção de riscos e a aplicação adequada do checklist, ainda que se reconheça que a responsabilidade por sua execução não seja exclusiva da enfermagem, mas de toda a equipe multiprofissional.

Nesse contexto, a falta de líderes facilitadores contribui para que o checklist seja visto apenas como um ‘formulário a ser assinado’, esvaziando seu potencial como ferramenta de segurança. Torna-se, portanto, imprescindível investir em lideranças ativas e engajadas, capazes de promover uma cultura organizacional que valorize o checklist como instrumento essencial para a qualidade e a segurança do ato cirúrgico (Gong *et al.*, 2021).

Outro fator relevante refere-se às limitações estruturais e de recursos, barreiras que também interferem diretamente na forma como o Checklist de Cirurgia Segura é implementado na prática. Primeiramente, McLaughLiN *et al.*, (2012); Gong *et al.*, (2021) destacam que o checklist é percebido como um protocolo pouco flexível, de difícil aplicação em determinados contextos cirúrgicos, especialmente em situações de urgência e emergência. Para Pourzamani *et al.* (2025), o checklist é frequentemente preenchido de forma incompleta ou mesmo ignorado nesses cenários, em razão da pressa, do estresse da equipe e do caráter caótico que muitas vezes marca o ambiente emergencial, o que inviabiliza a aplicação integral e criteriosa de todas as etapas do protocolo.

Além disso, outros estudos ressaltam que alguns itens de checagem apresentam linguagem técnica pouco clara ou instruções confusas, o que dificulta o entendimento por parte dos profissionais e, consequentemente, sua execução correta. Essa dificuldade se agrava quando associada à já discutida falta de treinamento e capacitação, formando um ciclo vicioso que compromete a adesão ao checklist e o potencial de impacto na segurança do paciente (Akguba; Sürme; Esenkaya, 2023; Wyss; Kolbe; Grande, 2023).

Ademais, a análise revelou que hospitais não vinculados ao ensino ou à pesquisa tendem a apresentar menores índices de adesão ao protocolo de cirurgia segura. Essa diferença, segundo Schwendimann *et al.* (2019), decorre da ausência de corpo docente, do suporte institucional limitado e da carência de uma cultura de investigação e aprendizagem contínua. Nessas instituições, é menos frequente a existência de estruturas formais de capacitação, programas de treinamento

regulares, espaços de feedback estruturado e monitoramento de práticas, todos elementos que são, em geral, características intrínsecas de ambientes acadêmicos.

Assim, hospitais de ensino costumam apresentar maior adesão ao checklist por contarem com uma cultura organizacional robusta, voltada para a educação e a pesquisa, com lideranças ativas ligadas à docência, que atuam como facilitadoras na implementação do protocolo. Essa realidade demonstra que a presença de uma estrutura institucional focada em formação permanente, aliada a processos de supervisão e avaliação contínuos, contribui de forma decisiva para fortalecer a cultura de segurança do paciente, assegurar o cumprimento das etapas do checklist e minimizar riscos relacionados à assistência cirúrgica (Papadakis; Meiwandi; Grzybowski, 2019; Dirie *et al.*, 2024).

Por fim, esta revisão apresenta algumas limitações inerentes ao delineamento metodológico adotado. Por se tratar de uma revisão de escopo, o principal objetivo foi mapear e sintetizar as evidências disponíveis sobre a temática em questão, sem realizar uma avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Dessa forma, os resultados oferecem uma visão geral do problema, sendo úteis para identificar lacunas no conhecimento e direcionar futuras pesquisas, mas não permitem inferências sobre a robustez das evidências. Ademais, apesar da tentativa de realizar uma busca ampla e sistematizada nas bases de dados selecionadas, é possível que a estratégia de busca adotada não tenha sido suficientemente sensível para recuperar todos os estudos relevantes, o que pode ter resultado na exclusão de publicações importantes.

5 CONCLUSÃO

Este estudo mapeou as principais barreiras que dificultam a adesão ao Checklist de Cirurgia Segura, destacando entre elas o desconhecimento e a falta de capacitação dos profissionais, a comunicação ineficaz entre as equipes, a ausência de liderança ativa, a sobrecarga de trabalho, além de limitações relacionadas à estrutura física e aos recursos disponíveis. Tais barreiras impactam diretamente a qualidade da assistência em saúde, a prevenção de riscos e agravos e a promoção da segurança do paciente.

Os resultados obtidos ressaltam a importância de estratégias que promovam mudanças estruturais e culturais no ambiente hospitalar, como a realização de treinamentos contínuos sobre a temática, o estímulo ao engajamento multiprofissional, o fortalecimento da comunicação interequipes e a designação de lideranças que acompanhem, orientem e fiscalizem a correta execução do checklist. Ademais, destaca-se a necessidade de dimensionamento adequado de funções e tarefas, assegurando uma distribuição justa da carga de trabalho, bem como a elaboração de protocolos específicos para situações que apresentem maior complexidade, como é o caso das cirurgias de emergência. Recomenda-se ainda a revisão e a atualização dos itens de checagem, de modo a torná-los mais claros, objetivos e de fácil compreensão para todos os envolvidos no processo.

Dessa forma, a implementação dessas e de outras medidas pode contribuir para a mudança do paradigma que ainda limita a aplicação efetiva do Checklist de Cirurgia Segura, favorecendo o fortalecimento da cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde e, consequentemente, reduzindo riscos, falhas e eventos adversos que possam comprometer a qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. S. et al. Inadequate completion of surgical data for patient safety: opinion of health professionals. **Rev Rene**, 2021; 22:e70735. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212270735>.
- ALVES, E. A. de J. et al. A aplicação do checklist para cirurgia segura e a percepção da enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, e19824, mar. 2025. DOI: 10.25248/reaenf.e19824.2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/19824>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- ANDRADE, A. A. de; BASTOS, J. E. da S. R.; LIMA, R. N. Atuação da enfermagem no checklist de cirurgia segura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.I.], v. 8, n. 10, p. 916–925, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i10.7206. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/7206>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- AOUICHA, W.; TLILI, M. A.; SAHLI, J. et al. Patient safety culture as perceived by operating room professionals: a mixed-methods study. **BMC Health Services Research**, [S.I.], v. 22, p. 799, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08175-z>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08175-z>. Acesso em: 22 jul. 2025.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. Disponível em: <https://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2025.
- AKBUGA, G. A.; SÜRME, Y.; ESENKAYA, D. Compliance with and barriers to implementing the surgical safety checklist: a mixed-methods study. **AORN Journal**, [S.I.], v. 117, n. 2, p. e1–e10, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/aorn.13861>. Disponível em: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aorn.13861>. Acesso em: 22 jul. 2025.
- CARRERA, A. L. M. et al. A comunicação do pessoal de enfermagem com a equipe cirúrgica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 1-8, jul.-set. 2017. DOI: 10.5380/ce.v22i3.50928. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50928>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- COFEN. **Resolução nº 564, de 12 de agosto de 2017**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 ago. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-5642017_59325.html. Acesso em: 10 jul. 2025.
- COLETTTO, P. M. C. et al. Checklist de cirurgia segura: conhecimento e desafios da equipe de enfermagem. **Health Residencies Journal**, Brasília, v. 3, n. 14, p. 641–658, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.344>. Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/344>. Acesso em: 1 jul. 2025.

- DIRIE, N. I. et al. Implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS na Somália com recursos limitados: um novo padrão de segurança cirúrgica. **Patient Safety in Surgery**, [S.I.], v. 18, p. 30, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13037-024-00410-2>. Disponível em: <https://patientsafetyinsurgery.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-024-00410-2>. Acesso em: 22 jul. 2025.
- FARIA, L. R. D. E. et al. Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 49, p. e20223286, 2022.
- FERREIRA, R. A. et al. Fatores intervenientes na implantação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 41–46, abr. 2019. DOI: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1592. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/fatores-intervenientes-na-implantacao-do-checklist-de-cirurgia-segura-em-um-hospital-universitario/>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- FREITAS, M. R. de et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 137–148, 2014.
- GOMES, C. D. P. P.; SANTOS, A. A. dos; MACHADO, M. E.; TREVISO, P. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Revista SOBECC**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 140–145, jul.–set. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827197>. Acesso em: 1 jul. 2025.
- GONG, J. et al. A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations. **Medicine (Baltimore)**, [S.I.], v. 100, n. 30, p. e26731, jul. 2021. DOI: 10.1097/MD.00000000000026731. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2021/07300/a_survey_of_surgical_team_members__awareness_and_31.aspx. Acesso em: 1 jul. 2025.
- HACQUARD, P. et al. Assessment of the check-list in the operating room: perceptions of caregivers and physicians (level II assessment). **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, [S.I.], v. 32, n. 4, p. 248-253, abr. 2013. DOI: 10.1016/j.annfar.2012.12.022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765812005047>. Acesso em: 21 jul. 2025. (Nota: Adicionei a paginação e o DOI que faltavam, baseando-me em uma busca rápida por essa referência.)
- HAYNES, A. B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009. DOI: 10.1056/NEJMsa0810119.
- KWON, E. et al. A comparative study on patient safety attitude between nurses and doctors in operating rooms. **Journal of International Medical Research**, [S.I.], v. 48, n. 4, p. 0300060519884501, dez. 2019. DOI: 10.1177/0300060519884501.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0300060519884501>. Acesso em: 1 jul. 2025.

LIM, P. J. H.; CHEN, L.; SIEW, S.; LIM, S. H. Facilitators and barriers to the implementation of surgical safety checklist: an integrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, [S.I.], v. 35, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad086>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/35/4/mzad086/7319088>. Acesso em: 22 jul. 2025.

McLAUGHLIN, N. et al. University of California, Los Angeles, surgical time-out process: evolution, challenges, and future perspective. *Neurosurgical Focus*, [S.I.], v. 33, n. 5, p. E5, nov. 2012. DOI: 10.3171/2012.8.FOCUS12255. Disponível em: <https://thejns.org/focus/view/journals/neurosurg-focus/33/5/article-pE5.xml>. Acesso em: 1 jul. 2025.

MORAES, C. L. K.; NETO, J. G.; SANTOS, L. G. O. A percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico em uma maternidade do Sul do Brasil. *Global Academic Nursing Journal*, [S.I.], v. 1, n. 3, dez. 2020. DOI: 10.5935/2675-5602.20200036. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200036>. Acesso em: 1 jul. 2025.

NEDELCU, C. M. et al. Comunicação eficaz e segurança do paciente entre enfermeiros em ambientes perioperatórios: um projeto de implementação de melhores práticas. *Implementação de Evidências JBI*, [S.I.], v. 20, supl. 1, p. S3–S14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000316>. Disponível em: <https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2022/20001/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 1-6, 2015. DOI: 10.5380/ce.v20i3.40016. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>. Acesso em: 10 jul. 2025.

OLIVEIRA JUNIOR, N. J. de; MAGALHÃES, A. M. M. de. Dificuldades na aplicação do checklist cirúrgico: estudo qualitativo de abordagem ecológica restaurativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.I.], v. 16, n. 4, p. 448–459, dez. 2017. DOI: 10.17665/1676-4285.20175887. Disponível em: <https://objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5887>. Acesso em: 1 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030**: Sumário Executivo. 2021. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_executive-summary.pdf?sfvrsn=1356e9c_2. Acesso em: 21 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Por que uma cirurgia segura é importante**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>. Acesso em: 21 jul. 2025.

OUZZANI, M. et al. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, [S.I.], v. 5, n. 1, p. 210, 2016. Disponível em:

<http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 3 mar. 2025.

PANZETTI, T. M. N. et al. Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 2, p. e2519, 21 fev. 2020.

PAPADAKIS, M. et al. The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: strategies to optimise compliance and safety. **International Journal of Surgery**, [S.I.], v. 70, p. 1–3, set. 2019. DOI: 10.1016/j.ijsu.2019.08.028. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919119303382>. Acesso em: 1 jul. 2025.

Parente, Angeline do Nascimento; Ferreira, Glenda Roberta Oliveira Naiff; Cunha, Carlos Leonardo Figueiredo; Ramos, Aline Maria Pereira Cruz; Sá, Antonia Margareth Moita; Haddad, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; Parente, Andressa Tavares; Carneiro, Márcia Simão. Permanent education for quality and patient safety in an accredited hospital. **Acta Paul Enferm**, v. 37, eAPE00041, Jan. 2024.

PETERS, M. D. J. et al. Revisões de escopo (2020). In: AROMATARIS, E. et al. (ed.). **Manual JBI para Síntese de Evidências**. Adelaide: JBI, 2024. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 30 jul. 2025. DOI: 10.46658/JBIMES-24-09

POLLOCK, D. et al. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. **JB1 Evidence Synthesis**, [S.I.], v. 20, n. 10, 2022. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.11124/JBIES-22-00123>. Acesso em: 03 mar. 2025.

POURZAMANI, M. et al. Barriers to implementing the surgical safety checklist in operating rooms of educational hospitals of Dezful University of Medical Sciences: a qualitative study. **Evidence Based Care**, v. 15, n. 1, p. 67–75, 2025. DOI: 10.22038/ebcj.2025.85514.3090. Disponível em: <https://doi.org/10.22038/ebcj.2025.85514.3090>. Acesso em: 10 jul. 2025.

RABÉLO, P. P. C. et al. Enfermagem e a aplicação da lista de cirurgia segura: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, [S.I.], v. 27, 2023. DOI: 10.5327/Z1414-4425202227856. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/856>. Acesso em: 14 mar. 2025.

RIBEIRO, L. **Adesão e efeito do checklist de cirurgia segura na incidência de eventos adversos entre pacientes cirúrgicos**. 2019. 135 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

ROSALINO, K. D. V. **Importância do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico**: um instrumento de trabalho para enfermagem. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) — Faculdade da Cidade de Maceió, Maceió, 2021. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/838899551/tcc-kassandra-rosalino-1>. Acesso em: 1 jul. 2025.

SALAZAR MAYA, Á. M. Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. **Investigación y Educación en Enfermería**, [S. I.], v. 40, n. 2, 2023. DOI:

10.17533/udea.iee.v40n2e02. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/350156>. Acesso em: 21 jul. 2025.

SANTOS, T. C. V. dos et al. Checklist de cirurgias seguras: percepção da equipe de saúde [Safe surgery checklist: perception of the health team] [Lista de verificación de cirugía segura: percepción del equipo de salud]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e63231, 2022. DOI: 10.12957/reuerj.2022.63231. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/63231>. Acesso em: 19 mar. 2025.

SCHWENDIMANN, R. et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. **Patient Safety in Surgery**, v. 13, p. 14, 2019. DOI: 10.1186/s13037-019-0194-4. Disponível em: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-019-0194-4>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SILVA, F. A. A. da; SILVA, A. G. N. Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo. **Revista Enfermagem UFPI**, Teresina (PI), v. 6, n. 2, p. 23–29, abr.–jun. 2017. DOI: 10.26694/reufpi.v6i2.5844. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5844/pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

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**, v. 8, n. 9, p. 884–894, set. 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i9.6919. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6919>. Acesso em: 1 jul. 2025.

SILVA, P. H. A. et al. Safe surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, São Paulo, v. 47, e20202429, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202429>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32556032/> ou <https://pesquisa.bvsalud.org/.../biblio-1136545>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SILVA, V. R. da et al. Desafios na utilização do checklist de cirurgia segura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Belo Horizonte, v. 11, n. 16, e1472, nov. 2019. DOI: 10.25248/reas.e1472.2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1472>. Acesso em: 1 jul. 2025.

SKRÅMM, S. H.; SMITH JACOBSEN, I. L.; HANSSEN, I. Communication as a non-technical skill in the operating room: a qualitative study. **Nursing Open**, [S.I.], v. 8, n. 4, p. 1822–1828, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.830>. Acesso em: 21 jul. 2025.

STUMM, A. C.; MAÇALAI, E. O.; KIRCHNER, J. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 497-504, 2006. DOI: 10.1590/S0034-71672006000400006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xxx>. Acesso em: 10 jul. 2025.

TAISWA, J. et al. Adherence level to the World Health Organization surgical safety checklist and associated factors in operating rooms in a county teaching and referral hospital in South-Western Kenya. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, [S.I.], v. 19, p. 100638, nov. 2023. DOI: 10.1016/j.ijans.2023.100638. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100638>. Acesso em: 1 jul. 2025.

TOTI, I. C. C. 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, jan. 2020. DOI: 10.15210/jonah.v10i1.18332. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/18332>. Acesso em: 1 jul. 2025.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, [S.I.], v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018. DOI: 10.7326/M18-0850. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 3 mar. 2025.

VIEGAS BELONI BORCHHARDT, S. et al. Checklist de cirurgia segura: atuação do enfermeiro a partir dos princípios ecossistêmicos. **Journal of Nursing and Health**, v. 14, n. 1, p. e1426334, 2024.

WEI, L. et al. Mental health and job stress of nurses in surgical system: what should we care. **BMC Psychiatry**, [S.I.], v. 23, n. 1, p. 871, 23 nov. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05336-0>. Acesso em: 21 jul. 2025.

WEISER, T. G. et al. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. **Annals of Surgery**, v. 251, n. 5, p. 976-980, 2010. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181d970e3.

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**, v. 15, n. 10, p. 5723-5735, 2023. DOI: 10.21037/jtd-22-1807. Disponível em: <https://jtd.amegroups.com/article/view/10.21037/jtd-22-1807>. Acesso em: 10 jul. 2025.