

Percepção da equipe de enfermagem sobre a etapa do *sign out* do *checklist* de cirurgia segura*

Nursing staff's perception of the surgical safety checklist's sign-out stage

Como citar este artigo:

Artioli RPS, Camatta MW, Caregnato RCA, Moriya GAA, Trevilato DD, Magalhães AMM. Nursing staff's perception of the surgical safety checklist's sign-out stage. Rev Rene. 2026;27:e96101. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796101>

Renata Pereira Silva Artioli¹
Márcio Wagner Camatta¹
Rita Catalina Aquino Caregnato²
Giovana Abrahão de Araújo Moriya³
Denilse Damasceno Trevilato⁴
Ana Maria Müller de Magalhães¹

*Extraído da dissertação "Contagem da mesa cirúrgica no *sign out*: uma análise das barreiras e facilitadores por meio da Ciência da Implementação", Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2025.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Porto Alegre, RS, Brasil.

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

³Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein.
São Paulo, SP, Brasil.

⁴Hospital Moinhos de Vento. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Denilse Damasceno Trevilato
Rua Ramiro Barcelos, 910 - Moinhos de Vento.
CEP: 90560-032. Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: denilse.trevilato@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Luciano Marques dos Santos

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores que influenciam a etapa do *sign out* do *checklist* de cirurgia segura. **Métodos:** trata-se de pesquisa quanti-qualitativa. O cenário foi um Centro Cirúrgico e um Centro Obstétrico de um hospital privado de grande porte. Amostra constituída por técnicos de enfermagem e enfermeiros, 70 participantes na primeira etapa e 19 na segunda. Coleta de dados realizada em duas etapas: *survey* e grupo focal. Dados quantitativos analisados de forma descritiva e os qualitativos pela análise de conteúdo. **Resultados:** a equipe percebe uma adesão ao *time out* de 58,62%, contrastando com apenas 1,72% de cumprimento no *sign out*. Identificadas, entre as barreiras que dificultam a adesão ao *sign out*: falta de conhecimento técnico, organização, pressa, resistência à mudança, e troca de plantão. Destacam-se as seguintes estratégias para melhorar a conformidade: capacitação, padronização de rotinas, fortalecimento da cultura de segurança e engajamento multiprofissional, com ênfase na valorização da equipe de enfermagem. **Conclusão:** a adesão ao *sign out* é um ponto crítico devido à falta de padronização e resistência da equipe. A implementação efetiva exige liderança engajada, empoderamento da enfermagem, escuta ativa e educação permanente. **Contribuições para a prática:** oferece subsídios para o desenvolvimento de estratégias que promovam maior adesão da equipe.

Descritores: Segurança do Paciente; Lista de Checagem; Centros Cirúrgicos; Cultura Organizacional.

ABSTRACT

Objective: to analyze the nursing staff's perception of the factors that influence the surgical safety checklist's sign-out stage. **Methods:** this is a quantitative-qualitative study. The setting was a Surgical Center and an Obstetrics Center of a large private hospital. The sample consisted of nursing technicians and nurses, with 70 participants in the first stage and 19 in the second. Data collection was carried out in two stages: survey and focus group. Quantitative data were analyzed descriptively and qualitative data through content analysis. **Results:** the staff observed a 58.62% adherence rate to the time-out process, contrasting with only 1.72% compliance with the sign-out procedure. Barriers hindering adherence to the sign-out process included lack of technical knowledge, organization, haste, resistance to change, and shift changes. Training, routine standardization, safety culture strengthening, and multi-professional engagement stand out for improving compliance, with an emphasis on valuing the nursing staff. **Conclusion:** adherence to the sign-out process is a critical point due to a lack of standardization and resistance from the staff. Effective implementation requires engaged leadership, nursing staff empowerment, active listening, and continuing education. **Contributions to practice:** it provides support for the development of strategies that promote greater staff engagement. **Descriptors:** Patient Safety; Checklist; Surgicenters; Organizational Culture.

Introdução

A segurança do paciente em ambientes cirúrgicos constitui uma prioridade global inquestionável, pois a prevenção de eventos adversos é um pilar fundamental da assistência à saúde, premissa amplamente destacada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse compromisso com a segurança foi significativamente reforçado em 2007 com o lançamento do Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas⁽¹⁾.

Como resposta a esse desafio, a lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS foi instituída e rapidamente se estabeleceu como uma ferramenta crucial para minimizar riscos no período perioperatório. Essa lista é composta por três fases aplicadas em momentos diferentes da cirurgia, denominadas: *sign in* (antes da indução anestésica), *time out* (antes da incisão cirúrgica) e *sign out* (antes da saída do paciente de sala)⁽¹⁻²⁾. As pesquisas subsequentes à sua introdução evidenciaram melhorias significativas nos resultados cirúrgicos, com uma redução nas complicações pós-operatórias e nas taxas de mortalidade⁽³⁻⁴⁾.

A retenção de instrumentos e materiais cirúrgicos no corpo do paciente é considerado um “*never events*”, um evento que nunca deveria ocorrer, podendo causar danos graves ao paciente e impactos negativos à equipe e à instituição. A retenção de itens cirúrgicos é um evento evitável, por isso, quando ocorre causa impactos significativos em custos humanos⁽⁵⁾ e custos hospitalares⁽⁶⁾. Embora a eficácia do *checklist* da cirurgia segura seja reconhecida, a adesão total e a sua aplicação correta na prática ainda enfrentam barreiras significativas, tais como: resistência por membros da equipe, sobrecarga de trabalho, falta de apoio institucional e resistência à mudança, que dificultam sua aplicação completa. Além disso, a ausência de capacitação e de engajamento médico compromete a efetividade da ferramenta, frequentemente conduzida apenas pela enfermagem⁽⁷⁾.

Embora a contagem cirúrgica seja inquestionavelmente importante para prevenir eventos adversos,

como a retenção de objetos, a equipe pode falhar em manter o foco na checagem, essa distração pode levar a um aumento na ocorrência de retenção intraoperatória de itens⁽⁸⁾. No entanto, há uma lacuna no entendimento aprofundado sobre os fatores que influenciam a adesão da equipe de enfermagem na etapa *sign out* da lista de checagem.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores que influenciam a etapa do *sign out* do *checklist* de cirurgia segura.

Métodos

Tipo de estudo

Pesquisa quanti-qualitativa, realizada em duas etapas: *survey* e grupo focal. O grupo focal é uma técnica de coleta utilizada na pesquisa qualitativa que se concentra na interação e discussão em grupo sobre um tema específico. Esta pesquisa seguiu os procedimentos⁽⁹⁾, que estabelecem diretrizes claras para o planejamento, a condução e a análise. Para condução e relatório foi utilizado o guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Período e local

A pesquisa foi conduzida de junho a novembro de 2024, nos centros cirúrgico e obstétrico do Hospital Moinhos de Vento, uma instituição hospitalar privada de grande porte, localizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi do tipo por conveniência, com participação de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam nesses dois setores há pelo menos seis meses na instituição. Todos os participantes incluídos seguiram na pesquisa. Não foram incluídos profissionais afastados de suas atividades, por qual-

quer motivo, enfermeiros coordenadores e supervisores. Na primeira etapa participaram 70 profissionais, sendo 61 técnicos de enfermagem e nove enfermeiros, e na segunda 19 profissionais, 15 técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros.

Coleta de dados

A coleta de dados na primeira etapa ocorreu por meio de um questionário, estruturado no *Google Forms*®, via *link* e *QR Code* disponibilizados nos murais dos setores, bem como nos grupos de *Whatsapp*®, contendo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dados sociodemográficos, questões sobre o processo de trabalho, questões sobre o processo de cirurgia segura. Da mesma forma, o convite para participação no grupo focal também foi divulgado nos murais, bem como nos grupos de *Whatsapp*®, sendo disponibilizado *QR Code* para inscrição. Optou-se pela inclusão de todos os inscritos nesta fase com o propósito de maximizar a geração de ideias, partindo do pressuposto de que um grupo maior proporciona maior riqueza de perspectivas. Adicionalmente, foi considerada a alta motivação e mobilização da equipe em discutir o tema e contribuir para a melhoria da sua prática profissional.

Na segunda etapa a coleta de dados ocorreu por meio do grupo focal realizado em uma sala de reuniões, com cadeiras em formato de círculo, favorecendo a interação entre os integrantes. O grupo focal foi conduzido pela pesquisadora principal e uma pesquisadora assistente.

O encontro do grupo focal iniciou com apresentação dos objetivos do estudo aos participantes e esclarecimento de dúvidas, com preenchimento e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, a discussão foi guiada por questões chave que abordaram tanto os desafios quanto às soluções: “Quais fatores você acredita que dificultam a adesão à etapa de saída (*sign out*)?”, e “Quais estratégias você entende que podem melhorar a adesão ao cumprimento do protocolo de verificação da lista cirúrgica, especialmente no momento de saída do paciente da sala

operatória (*sign out*)”. Para garantir uma participação ativa e colaborativa, foram utilizados *post-its*, onde os participantes anotavam suas ideias. Na sequência, a segunda etapa do encontro manteve o uso dos *post-its*, porém, com foco na proposição de soluções aos desafios levantados. Na fase conclusiva, o grupo selecionou e priorizou as propostas consideradas mais eficazes e viáveis para implementação.

O grupo focal foi gravado em áudio através de aplicativo de gravação no dispositivo IOS®, ferramenta escolhida devido a portabilidade, qualidade de áudio e facilidade de uso. O arquivo do áudio foi posteriormente transferido para o computador e transcrito na íntegra por uma bolsista de iniciação científica. O produto da transcrição e as anotações em *post-its* foram compilados em um único arquivo para análise. As transcrições não foram devolvidas aos participantes para conferência e validação.

Análise e tratamento dos dados

Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se o *software* RStudio. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas (n) e percentuais (%). O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para determinar a distribuição das variáveis numéricas. As com distribuição normal foram apresentadas como média e desvio padrão (DP), e as com distribuição assimétrica foram expressas como mediana e intervalo interquartil. Os dados qualitativos foram os registros em *post-its* e as discussões do grupo focal. A análise de conteúdo⁽¹⁰⁾, seguiu as três fases: leitura flutuante do material resultante da transcrição e dos *post-its* permitindo um primeiro contato com o material e emergindo as primeiras impressões; leitura exaustiva do material com identificação das unidades de registro e unidades de contexto, buscando uma compreensão aprofundada dos temas emergentes; e a categorização por meio do agrupamento por similaridade, apresentando significado e relevância, esclarecendo o objetivo proposto na pesquisa. A identidade dos participantes foi preservada, utilizando-se códigos nas transcrições

e áudios gravados, os excertos foram identificados por “Participante” (P) seguido de um algarismo (ex: P1, P2, P3...) correspondente à ordem de manifestação no momento do encontro.

Aspectos éticos

A elaboração deste manuscrito contou com o auxílio de ferramentas de Inteligência Artificial (IA). O Gemini® foi empregado para melhorar a estrutura das frases, garantindo maior clareza e fluidez do texto, enquanto a ferramenta Napikin.ai® foi utilizada na geração das figuras apresentadas. É fundamental ressaltar que todo o conteúdo e as figuras geradas foram submetidos a uma rigorosa revisão e validação pelos autores, que assumem total e exclusiva responsabilidade pelo conteúdo final, pela precisão dos dados, pelas análises apresentadas e pela conformidade com os padrões éticos e científicos.

Pesquisa conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento sob parecer nº 6.887.290/2024 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 79687824.2.0000.5330.

Resultados

Dos 70 profissionais que participaram da etapa *survey*, 56 eram do centro cirúrgico e 14 do centro obstétrico, sendo 61 (87,1%) técnicos de enfermagem. A média de idade foi de 39,3 anos ($\pm 9,1$). A mediana do tempo de atuação foi de 12 anos (P25:4; P75:15 anos) e 20 (28,6%) possuíam outro vínculo empregatício.

A Tabela 1 apresenta os dados referentes à percepção dos respondentes sobre como utilizam a lista de checagem nos centros cirúrgico e obstétrico. Embora a equipe dos centros utilize a lista de verificação de cirurgia segura, a adesão é parcial, sendo mais utilizada na etapa de *time out* em comparação com a etapa *sign out*. O profissional que mais adere ao uso da lista são os técnicos em enfermagem e os cirurgiões e anestesiológicos os que menos aderem.

Tabela 1 – Percepção dos participantes com relação a lista de checagem (n=70). Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

Variáveis	n (%)
Há adesão no uso da lista de verificação de cirurgia segura pela equipe cirúrgica?	
Não	1 (1,4)
Parcialmente	44 (62,9)
Totalmente	25 (35,7)
Qual etapa mais adere? (n=58)	
Entrada (<i>sign in</i>)	23 (39,7)
Pausa (<i>time out</i>)	34 (58,6)
Saída (<i>sign out</i>)	1 (1,7)
Qual etapa a equipe menos adere?	
Entrada (<i>sign in</i>)	11 (15,7)
Pausa (<i>time out</i>)	12 (17,1)
Saída (<i>sign out</i>)	47 (67,2)
Qual profissional mais adere? (n=66)	
Técnico em enfermagem	56 (84,8)
Enfermeiro	5 (7,6)
Cirurgião	3 (4,6)
Anestesiologista	2 (3,0)
Qual profissional menos adere?	
Enfermeiro	3 (4,3)
Cirurgião	44 (62,9)
Anestesiologista	23 (32,8)
Há adesão à etapa “saída” (<i>sign out</i>) pela equipe de sala cirúrgica?	
Não	3 (4,3)
Parcialmente	52 (74,3)
Totalmente	15 (21,4)

De acordo com os dados, 46 (65,7%) participantes vivenciaram alguma situação de inconformidade na aplicação da lista de verificação no *sign out*. Por outro lado, 41 (58,6%) participantes já presenciaram situação na qual a aplicação da lista de verificação no *sign out* evitou um evento adverso. De acordo com o estudo, a lista de verificação é checada verbalmente pela equipe da sala cirúrgica para 66 (94,3%) participantes, sendo que 45 (64,3%) afirmam que toda equipe está presente na sala cirúrgica e atenta durante a checagem.

Dos 19 participantes do grupo focal, 13 eram técnicos de enfermagem e seis enfermeiros, com média de idade de 39 ($\pm 7,9$) anos e tempo médio de atuação profissional de 8,93 (± 6) anos. Da reflexão realizada pelos participantes em relação aos fatores que dificultam a adesão ao *sign out* emergiram seis categorias temáticas, conforme apresenta a Figura 1.

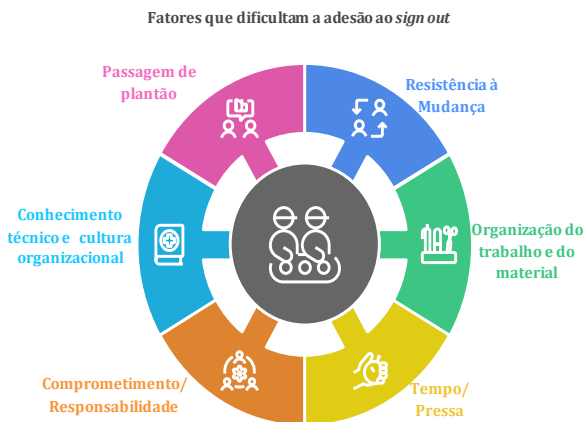


Figura 1 – Categorias emergidas sobre os fatores que dificultam a adesão à etapa *sign out*. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

Os excertos apresentados na Figura 2 ilustram as categorias que emergiram e refletem as principais percepções da equipe. As falas evidenciam que o conhecimento técnico e a cultura organizacional são lacunas que comprometem a segurança do processo e o aprendizado dos novos colaboradores na prática do dia a dia. A falta de organização entre os profissionais durante o *sign out*, bem como o não cumprimento dos protocolos por parte da equipe, são obstáculos primordiais. A adesão às práticas seguras depende do envolvimento ativo e senso de responsabilidade, especialmente da enfermagem, que enfrenta o desafio de falta de empoderamento. Por fim, quando a contagem cirúrgica é deixada para o final do procedimento, as falhas na passagem de plantão e na comunicação entre turnos é apontada como fator que compromete a continuidade e a rastreabilidade dos materiais.

Categoria	Depoimentos
Conhecimento técnico e cultura organizacional	<i>Tem técnico que não sabe nem pegar o básico. Aí chega na hora, a gente tem que ficar ensinando (P1). Muitos estão aprendendo na prática, porque não tiveram treinamento adequado (P2). A gente aprende com os colegas mesmo. Quando tem boa vontade, a gente ensina (P6). Eu aprendi mesmo foi no dia a dia. A faculdade não mostrou isso (P7). Muita coisa a gente só aprende quando acontece. Não tem treinamento específico (P9). Faltam atualizações. Tem técnico antigo que não conhece os protocolos novos (P17).</i>
Organização do trabalho e materiais	<i>Cada um faz de um jeito. Não tem padrão, isso atrapalha muito (P1). Às vezes o material não tá no lugar, perde-se tempo procurando (P5). Cada turno tem uma rotina diferente, aí confunde quem roda (P10).</i>
Tempo/pressa	<i>A gente entra e já começa no pique. Não para (P1). Mal dá tempo de registrar tudo no sistema (P4). A pressão é tanta que você esquece de anotar (P7). Nem sempre dá tempo de fazer tudo com calma. A prioridade é o que é urgente (P16).</i>
Resistência à mudança	<i>Esse novo jeito de anotar é confuso, prefiro como era antes (P3). Mudaram a rotina e não explicaram. A gente ficou no escuro (P6). Eles querem que a gente siga esse novo modelo (P1). Sempre fizemos assim, nunca deu problema. Pra que mudar? (P5). Tem gente que não aceita ajuda, mesmo quando está errando (P10). Prefiro fazer como sempre fiz. Nunca deu problema e é mais rápido (P19)</i>
Comprometimento/Responsabilidade	<i>Mesmo na pressa, eu tento explicar direitinho (P4). A gente se ajuda. Quando vejo que alguém tá sobrecarregado, eu vou lá (P6). Já fiquei além do horário várias vezes porque não queria deixar coisa mal feita (P2). Não deixo o plantão bagunçado para o próximo, tento entregar redondo (P1). A gente cuida como se fosse da família. Não é só trabalho (P12). Eu volto para conferir se ficou tudo certo (P18).</i>
Passagem de plantão	<i>Na troca, às vezes o colega não passa tudo e a gente fica perdido (P5). Seria bom ter mais tempo só pra passagem de plantão, é sempre corrido (P3). Tinha que padronizar como fazer essa passagem. Cada um faz de um jeito (P4). Cada um passa o plantão de um jeito. Deveria ter um roteiro fixo (P13). A pressa atrapalha. Na passagem, esquece informação crítica (P15).</i>

Figura 2 – Categorias e excertos dos fatores que dificultam a adesão ao *sign out*. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

As estratégias para melhorar a adesão ao *sign out* foram apresentadas no formato de *post-its* (anônimos), no mural, por 19 profissionais (seis enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem). Na análise emergiram cinco categorias apresentadas na figura 3. Optou-se por construir uma figura em formato de “Farol” por entender que esse representa metaforicamente “a luz que guia as ações” elencadas pelos participantes para melhorar a etapa *sign out*, com a finalidade de garantir segurança ao paciente. Para isso, identificou-se a frequência absoluta de cada categoria, sendo a ação prioritária citada por 84,2% (16) dos participantes “treinamento e educação”; igualmente mencionadas por 63,15% (12) dos participantes foram “comunicação clara” e “padronização de rotina”; 47,4% (9) “envolvimento da liderança” e 15,8% (3) “prática segura do paciente”.

Alcançando a Segurança do Paciente no Sign Out

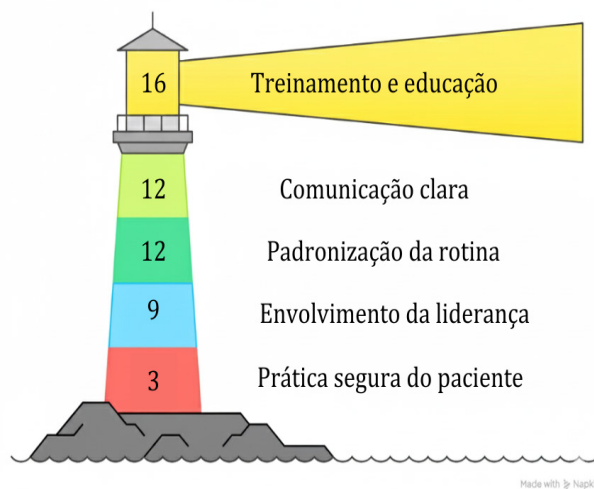


Figura 3 – Estratégias para adesão à etapa *sign out*. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

Discussão

A análise dos resultados permite refletir sobre os desafios e as potencialidades na implementação do *checklist* da cirurgia segura, especialmente na etapa do *sign out*. Apesar dos avanços normativos e dos pro-

tolos estabelecidos, como o preconizado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽¹¹⁾, a prática assistencial ainda enfrenta obstáculos significativos relacionados à adesão, à cultura institucional e à rotina das equipes.

O perfil da amostra indica profissionais de enfermagem com experiência, conforme evidenciado pela mediana do tempo de atuação. Esse dado é importante porque a experiência da equipe é essencial para identificação e mitigação de eventos de retenção não intencional de objetos⁽¹²⁾. Ainda que o tempo de serviço seja um fator de experiência, maior familiaridade da equipe está associada a melhor eficiência operatória⁽¹³⁾.

O tempo de atuação, por si só, não garante conformidade, por isso, a educação permanente é uma estratégia essencial para garantir a adesão às práticas seguras, pois a atualização periódica da equipe sobre os procedimentos de contagem é um fator crítico para a segurança do paciente⁽¹⁴⁾. Lacunas no conhecimento técnico e familiaridade com os protocolos atualizados reforçam a preocupação sobre a falsa segurança atribuída ao tempo de atuação e a adesão de profissionais mais antigos às práticas.

A baixa adesão ao *sign out* pode estar relacionada às barreiras organizacionais e comportamentais, como resistência da equipe, pressão por tempo e falta de cultura consolidada de segurança cirúrgica. Isso aumenta o risco de eventos adversos evitáveis, como a retenção de corpos estranhos⁽⁷⁾. Para reverter esse cenário, é fundamental reforçar a capacitação da equipe, promover maior engajamento dos líderes cirúrgicos e adaptar o protocolo à realidade institucional^(8,15), assegurando que a última etapa do *checklist* seja devidamente executada e valorizada no contexto assistencial.

Fatores como falta de empoderamento da equipe de enfermagem, falhas de comunicação institucional e despreparo para lidar com mudanças estruturais contribuem para exacerbar essa resistência à mudança. Esses elementos, combinados, mostram que a fragilidade no *sign out* não se resume a desconhecimento técnico, mas envolve uma cultura organizacional

ainda pouco sensível à importância da etapa final do *checklist*. Nesse cenário, torna-se evidente a necessidade de ações estruturadas que envolvam capacitação contínua, apoio da liderança médica e empoderamento dos profissionais de enfermagem para garantir a efetividade do processo e, consequentemente, a segurança do paciente.

A falta de organização e padronização da contagem durante o procedimento foram reconhecidos como primordial para garantir que o processo seja mais tranquilo e seguro. A contagem dos itens em mesa cirúrgica é considerada a base para se evitar a retenção involuntária de materiais cirúrgicos, no entanto as discrepâncias de contagem continuam sendo uma ocorrência frequente, ressaltando a complexidade e os desafios inerentes a esse processo⁽⁴⁾. A falta de disciplina no processo inicial de organização da mesa, com padronização da contagem intraoperatória, pode ser a principal razão para as falhas de contagem no momento final do procedimento.

Outro fator relevante é a pressão por tempo e a fragilidade de uma cultura institucional voltada à segurança. A resistência da equipe combinada com ambientes pressionados por produtividade, pode contribuir para o não cumprimento da rotina de contagem do *sign out*. A não realização adequada das práticas de contagem no encerramento da cirurgia aumenta significativamente o risco de retenção de materiais cirúrgicos⁽¹⁶⁾. Esses obstáculos são agravados quando a comunicação é ineficaz ou ignorada por figuras de autoridade, como quando cirurgiões desconsideram alertas de enfermeiros e anestesistas sobre possíveis erros, optando por não realizar exames complementares que poderiam ter evitado incidentes⁽¹²⁾. Tais atitudes não apenas comprometem a segurança do paciente, mas também evidenciam a urgência de promover uma cultura colaborativa e não punitiva, onde todos os profissionais possam exercer seu papel com autonomia e responsabilidade compartilhada.

Falhas na comunicação entre os membros da equipe, sobretudo durante o fechamento do procedimento, são fatores críticos para a ocorrência de even-

tos adversos, como a retenção de corpos estranhos⁽¹⁷⁾. Em muitos casos, ocorre a ausência de um espaço seguro para que profissionais de diferentes categorias expressem suas preocupações, contribuindo para a inefetividade da verificação final.

A tradição de centralização da autoridade no cirurgião, denominada como “primazia do cirurgião”, pode inibir a atuação ativa de outros membros da equipe, prejudicando a dinâmica colaborativa que o *checklist* propõe^(7,18), enquanto o uso engajado pelo cirurgião responsável tem o potencial de melhorar o trabalho em equipe⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. A rejeição de protocolos formais por parte de alguns cirurgiões – que preferem confiar em sua experiência pessoal – cria um abismo entre o que é ensinado (teoria) e o que é realmente praticado. Esse comportamento, associado à falta de valorização do *sign out*, reforça a percepção de que essa etapa é apenas uma formalidade burocrática, quando, na verdade, é fundamental para garantir a segurança do paciente e evitar falhas críticas.

Maior percentual de adesão ao *time out* em relação ao *sign out*, demonstra um comprometimento maior com a checagem pré-incisão e uma negligência preocupante na fase final do *checklist*. A alta adesão ao *time out* sugere que os profissionais reconhecem a importância dessa etapa na prevenção de erros críticos, como cirurgias em local ou paciente incorretos. Embora os profissionais reconheçam a importância do processo, há uma discrepância entre a percepção e a prática real, reforçando a necessidade de um *sign out* eficaz para garantir que os materiais sejam devidamente contabilizados antes do início do fechamento do paciente⁽¹⁷⁾. A menor adesão à última etapa sugere fragilidades institucionais na implementação dessa etapa essencial, que garante a contagem correta de materiais cirúrgicos e a segurança do paciente antes da saída da sala operatória.

Embora a primeira etapa do *checklist* (*time out*) esteja mais consolidada culturalmente, a fase final ainda encontra barreiras práticas e comportamentais significativas, podendo comprometer a segurança do paciente e a rastreabilidade de materiais. Sem uma

comunicação eficaz e uma aplicação consistente do *checklist*, a omissão de etapas cruciais aumenta o risco de eventos adversos, comprometendo a segurança geral. Para mitigar esses riscos e manter a integridade do processo de *sign out*, é vital garantir uma comunicação contínua, bem como o fornecimento de informações completas e precisas na passagem de plantão da equipe⁽⁷⁾. Quando a passagem de plantão é realizada de forma apressada ou incompleta, compromete a continuidade do cuidado e a rastreabilidade dos materiais. Utilização de protocolos padronizados para passagem de plantão reduz a omissão de informações e garante a continuidade do cuidado ao paciente.

A ausência de capacitações sistemáticas foi apontada como uma barreira à implementação da cultura de contagem, além de comprometer a completude do processo e a segurança do paciente. Tais apontamentos reforçam a necessidade de políticas institucionais que promovam a educação continuada e a consolidação de uma cultura organizacional voltada à segurança do paciente⁽¹⁴⁾. A capacitação clínica e a aprendizagem colaborativa apresentam impactos positivos, auxiliando na efetividade do *checklist*, garantindo que os profissionais não apenas compreendam a importância das práticas seguras, mas também saibam aplicá-las corretamente, de forma a aprimorar o desempenho da equipe e a segurança do paciente^(8,20).

A adesão melhora quando há uma liderança que apoia os protocolos de segurança e encoraja o trabalho em equipe. Essa abordagem cultiva um ambiente de trabalho positivo, no qual os profissionais de saúde se sentem capacitados e motivados a seguir as práticas de segurança. Além disso, a padronização de rotina garante a aplicação consistente do *checklist*, reduzindo a hesitação e a resistência por parte da equipe. Para que todas as etapas alcancem todo o seu potencial, é fundamental a adoção de esforços contínuos, como um forte compromisso de todas as partes interessadas. Portanto, a colaboração entre líderes e a equipe cirúrgica é fundamental para integrar os fluxos de trabalho e garantir que o monitoramento, o suporte e a comunicação clara sejam contínuos^(7,21).

Limitações do estudo

O estudo realizado em uma única instituição pode limitar a generalização dos achados para outros contextos com diferentes culturas organizacionais e rotinas cirúrgicas. Adicionalmente, a utilização de uma amostra por conveniência restringe a representatividade dos participantes, podendo induzir um viés de seleção. Outro ponto de atenção é a possibilidade de viés de desejabilidade social, nas falas autorreferidas dos participantes ao abordar temas como responsabilidade profissional e adesão a protocolos. Soma-se a isso, o fato de a percepção do uso da lista de verificação ter sido analisada a partir da perspectiva de uma única profissão, o que impede a compreensão completa das dinâmicas e experiências da equipe cirúrgica multiprofissional. Por fim, a interpretação dos dados qualitativos por meio da análise de conteúdo é dependente da sensibilidade e do referencial teórico dos pesquisadores, o que pode levar a diferentes interpretações e, consequentemente, introduzir um viés interpretativo.

Contribuições para a prática

A pesquisa oferece à equipe de saúde e aos gestores *insights* valiosos sobre a dinâmica do trabalho em equipe e as condições necessárias para mudanças no protocolo institucional, relacionadas à etapa de *sign out* em outros centros cirúrgicos e obstétricos.

Conclusão

Na percepção da equipe os fatores que influenciaram a etapa do *sign out*, do *checklist* de cirurgia segura, são as lacunas do conhecimento técnico e a cultura organizacional, a resistência a mudança dos profissionais, a falta de comprometimento e responsabilidade, a organização do trabalho e do material, a pressa e a passagem de plantão. Para reverter este cenário, a equipe sugeriu treinamento e educação, destacando a necessidade de comunicação clara, padronização de rotina, o envolvimento da liderança e a prática segura do paciente.

Enquanto etapa estratégica do cuidado cirúrgico, o *sign out* precisa ser reconhecido e praticado coletiva e interprofissional, para que a contagem da mesa cirúrgica cumpra seu papel preventivo e crítico na segurança do paciente. A adesão plena exige, portanto, uma intervenção estratégica e multifacetada para transformar o *checklist* em uma prática inegociável de excelência e proteção ao paciente.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro, processo nº 404041/2023.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto: **Artioli RPS, Trevilato DD, Magalhães AMM**. Análise e interpretação dos dados; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Artioli RPS, Camatta MW, Caregnato RCA, Moriya GAA, Trevilato DD, Magalhães AMM**.

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que os dados estão disponíveis de forma completa no corpo do artigo.

Referências

- Gasoma EB, Marouf MA. Enhancing surgical outcomes: evaluating the impact of implementing the world health organization surgical safety checklist-a prospective cross-sectional study. *Surg J* (N Y). 2024;10(4):e53-e59. doi: <https://dx.doi.org/10.1055/s-0044-1800917>
- Mohamed A, Fuad U, Hagroo A, Elasad A. Best practices for surgical safety in orthopaedics: a comprehensive review of checklist implementation. *Cureus*. 2025;17(8):e89476. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.89476>
- Qaiser S, Noman M, Khan M, Ahmed U, Arif A. The role of WHO surgical checklists in reducing post-operative adverse outcomes: a systematic review. *Cureus*. 2024;16(10):e70923. doi: <https://dx.doi.org/10.7759/cureus.70923>
- Rossi N, Cortina-Borja M, Golinelli L, Bersani F, Geraci M. The association between surgical complications and compliance to the World Health Organization Surgical Safety Checklist: a retrospective analysis of hospital records. *J Eval Clin Pract*. 2025;31(3):e14208. doi: <http://doi.org/10.1111/jep.14208>
- Osborne SR, Cockburn T, Davis J. Exploring risk, antecedents and human costs of living with a retained surgical item: a narrative synthesis of Australian case law 1981–2018. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2397-413. doi: <http://doi.org/10.2147/JMDH.S316166>
- Weprin S, Crocerossa F, Meyer D, Maddra K, Valancy D, Osardu R, et al. Risk factors and preventive strategies for unintentionally retained surgical sharps: a systematic review. *Patient Saf Surg*. 2021;15(1):24. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s13037-021-00297-3>
- Habtie TE, Feleke SF, Terefe AB, Adisu MA. Beyond compliance: examining the completeness and determinants of WHO surgical safety checklist - a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):504. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12569-0>
- Bete DY, Sibhatu MK, Godebo MG, Abdulahi IJ, Liyew TW, Minas SM, et al. Improving surgical safety checklist utilisation at 23 public health facilities in Ethiopia: a collaborative quality improvement project. *BMJ Open Qual*. 2023;12:e002406. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-002406>
- Dall'Agnol CM, Ciampone MHT. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 1999 [cited Nov 6, 2025];20(1):5-25. Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rge/article/view/4218/2228>
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

11. Gabriel CS. 10 years of the National Patient Safety Program: progress, obstacles and Nursing protagonism. *Rev Gaúcha Enferm.* 2023;44:e20230194. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230194.en>
12. Seabra A, Souza AB, Artioli RS, Tagaytayan R, Berends W, Sanders J, et al. Unintentionally retained foreign objects (URFOs): Adverse events influenced by the pandemic. A case series and literature review. *J Patient Saf Risk Manag.* 2023;28(5):237-44. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/25160435231185437>
13. Witmer HD, Dhiman A, Jones AD, Laffan AM, Adelman D, Turaga KK. A systematic review of operative team familiarity on metrics of efficiency, patient outcomes, cost, and team satisfaction. *Ann Surg.* 2022;276(6):e674-e681. doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005531>
14. Amir H, Hariyati TS, Novieastari E, Pakasi TA. Continuing Professional Development (CPD) impact to clinical and nursing practice: a systematic literature review. *Asia Pac J Health Manag.* 2024;19(2):i2541. doi: <http://doi.org/10.24083/apjhm.v19i2.2451>
15. Alidina S, Chatterjee P, Zaniel N, Alreja S, Balira R, Barash D, et al. Improving surgical quality in low-income and middle-income countries: why do some health facilities perform better than others?. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(12):937-49. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011795>
16. Carmack A, Valleru J, Randall K, Baka D, Angarano J, Fogel R. A multicenter collaborative effort to reduce preventable patient harm due to retained surgical items. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2023;49(1):3-13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.09.005>
17. Cochran K. Guidelines in practice: prevention of unintentionally retained surgical items. *AORN J.* 2022;116(5):427-40. doi: <https://doi.org/10.1002/aorn.13804>
18. Varshney A, Dwivedi S, Naga R. Ensuring patient safety and optimal outcomes: a surgeon's perspective on safe surgery practices. *J Mar Med Soc.* 2025;27(3):274-9. doi: https://doi.org/10.4103/jmms.jmms_21_25
19. Lia H, Mobilio M, Rudzicz F, Moulton C. It's not the arrow, it's the archer: the role of the surgeon leader in a safety driven-era. *Surg Endosc.* 2023;38(2):992-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10538-4>
20. McNamara C, Markey K, O'donnell C, Murphy J, O'Brien B. Factors that enhance compliance with the Surgical Safety Checklist. *Br J Nurs.* 2022;31(21):1080-6. doi: <https://dx.doi.org/10.12968/bjon.2022.31.21.1080>
21. Gomes ET, Albuquerque ÉLMS, Pereira ACM, Püschel VAA. Surgical counting: design of implementation and maintenance of a standardized evidence-based procedure. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(1):e20220144. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0144>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons