REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

INCOMPLETUDES E INCONSISTÊNCIAS NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM INTRAOPERATÓRIOS EM PRONTUÁRIOS FÍSICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

INCOMPLETENESS AND INCONSISTENCIES IN INTRAOPERATIVE NURSING RECORDS IN PAPER-BASED MEDICAL CHARTS: A SYSTEMATIC REVIEW

INCOMPLETITUD E INCONSISTENCIAS EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIOS EN HISTORIAS CLÍNICAS FÍSICAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Andressa Alencar dos Santos de Assis
Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil
E-mail: enfandressa.alencar@gmail.com

Catia Irene Duarte Valente
Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil
E-mail: catiavalente50@gmail.com

Wangler Adenilto Vasconcelos de Assis
Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil
E-mail: wanglerassis@gmail.com

Wendell Alencar dos Santos
Mestre em Clínica Odontológica, Centro Universitário do Pará, Brasil
E-mail: wendellasantos@yahoo.com

Wanderson Thiago Santos Noleto
Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil
E-mail: dr.thiagonoleto@gmail.com

Fernanda Araújo Santos
Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil
E-mail: fernandasantosdermato@gmail.com

Wanderson Alexandre da Silva Quinto
Doutor em Psicologia, Universidade Federal do Pará (UFPA), Brasil.
E-mail: w.quinto@uepa.br

Thiago Nicolau Magalhães de Souza Conte
Departamento de Sistemas Computacionais e Infraestrutura (DSCI/UEPA), Programas de Pós-Graduação em Pesquisa e Cirurgia Experimental (PPGCIPE) e em Processos e Tecnologias Educacionais em Rede Nacional (PROFEDUCATEC), Universidade do Estado do Pará (UEPA).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

E-mail: thiagonconte@uepa.br

Resumo

Objetivo: sintetizar a frequência e os tipos de incompletudes e inconsistências nos registros de enfermagem intraoperatórios realizados em prontuários físicos. **Método:** revisão sistemática conduzida segundo o PRISMA 2020, com buscas na SciELO, PubMed/MEDLINE, BVS e LILACS (2016–2026), em português, inglês e espanhol. Incluíram-se estudos primários que analisaram registros em suporte papel, produzidos ou conduzidos pela equipe de enfermagem no intraoperatório. A qualidade metodológica foi apreciada de forma qualitativa, com base no JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data, sem exclusão por pontuação. A síntese foi narrativa, com construção de uma tipologia dos problemas encontrados. **Resultados:** apenas cinco estudos, todos brasileiros, transversais e unicêntricos (2019–2024), com amostras de 50 a 1.767 registros, atenderam aos critérios. A apreciação da qualidade apontou, sobretudo, instrumentos de coleta sem validação formal relatada e delineamento unicêntrico. A lista de verificação de segurança cirúrgica esteve ausente em 5,0% a 9,3% dos prontuários, e o preenchimento integral variou de 0% a 67,4%. As maiores lacunas recaíram sobre posicionamento cirúrgico (80% de omissão), proteção de proeminências ósseas (98%), aquecimento (100%), localização da placa dispersiva do eletrocautério (81% a 92%), verificação de alergia (86%), contagem de compressas (cerca de 45%) e risco de perda sanguínea (até 76%). Foram identificadas inconsistências entre itens marcados e o procedimento realizado, como lateralidade (9,7% dos instrumentos) e alergia. Cinco tipos de problemas foram sistematizados: omissão total, preenchimento parcial, incoerência, registro assimétrico e incompletude estrutural do instrumento. Nenhum estudo mensurou legibilidade, rasuras ou identificação profissional no intraoperatório. **Conclusão:** nos cinco estudos brasileiros incluídos, a incompletude é frequente e seletiva, e as inconsistências ameaçam a validade do registro como prova do cuidado. Recomendam-se auditorias com devolutiva, revisão dos instrumentos e estudos multicêntricos.

Palavras-chave: Registros de enfermagem; Enfermagem perioperatória; Segurança do paciente; Lista de checagem; Documentação.

Abstract

Objective: to synthesize the frequency and types of incompleteness and inconsistencies in intraoperative nursing records kept in paper-based medical charts. **Method:** systematic review following PRISMA 2020, searching SciELO, PubMed/MEDLINE, BVS and LILACS (2016–2026) in Portuguese, English and Spanish. Primary studies analyzing paper records produced or conducted by the nursing team during surgery were included. Methodological quality was appraised qualitatively using the JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data, with no score-based exclusion. Synthesis was narrative, with the construction of a typology of the problems found. **Results:** only five studies, all Brazilian, cross-sectional and single-center (2019–2024), with samples from 50 to 1,767 records, met the criteria. The appraisal mainly identified data collection instruments without reported formal validation and a single-center design. The Surgical Safety Checklist was absent from 5.0% to 9.3% of charts, and complete filling ranged from 0% to 67.4%. The largest gaps involved surgical positioning (80% omission), protection of bony prominences (98%), warming (100%), electrosurgical return pad site (81% to 92%), allergy verification (86%), swab counting (about 45%) and blood loss risk (up to 76%). Inconsistencies between ticked items and the procedure performed were found, such as laterality (9.7% of forms) and allergy. Five problem types were systematized: total omission, partial completion, incoherence, asymmetric recording and structural incompleteness of the instrument. No study measured legibility, erasures or professional identification in the intraoperative period. **Conclusion:** in the five Brazilian studies included, incompleteness is frequent and selective, and inconsistencies threaten the validity of the record as evidence of care. Audits with feedback, instrument redesign and multicenter studies are recommended.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

Keywords: Nursing records; Perioperative nursing; Patient safety; Checklist; Documentation.

Resumen

Objetivo: sintetizar la frecuencia y los tipos de incompletitud e inconsistencias en los registros de enfermería intraoperatorios realizados en historias clínicas físicas. **Método:** revisión sistemática según PRISMA 2020, con búsquedas en SciELO, PubMed/MEDLINE, BVS y LILACS (2016–2026), en portugués, inglés y español. Se incluyeron estudios primarios que analizaron registros en soporte papel, producidos o conducidos por el equipo de enfermería durante la cirugía. La calidad metodológica se valoró de forma cualitativa con el JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data, sin exclusión por puntuación. La síntesis fue narrativa, con construcción de una tipología de los problemas encontrados. **Resultados:** solo cinco estudios, todos brasileños, transversales y unicéntricos (2019–2024), con muestras de 50 a 1.767 registros, cumplieron los criterios. La valoración de la calidad señaló, sobre todo, instrumentos de recolección sin validación formal reportada y diseño unicéntrico. La lista de verificación de seguridad quirúrgica estuvo ausente en 5,0% a 9,3% de las historias y el llenado completo varió de 0% a 67,4%. Las mayores lagunas fueron posicionamiento quirúrgico (80% de omisión), protección de prominencias óseas (98%), calentamiento (100%), ubicación de la placa dispersiva del electrobisturí (81% a 92%), verificación de alergia (86%), conteo de compresas (cerca de 45%) y riesgo de pérdida sanguínea (hasta 76%). Se identificaron inconsistencias entre los ítems marcados y el procedimiento realizado, como la lateralidad (9,7% de los instrumentos) y la alergia. Se sistematizaron cinco tipos de problemas: omisión total, llenado parcial, incoherencia, registro asimétrico e incompletitud estructural del instrumento. Ningún estudio midió legibilidad, tachaduras o identificación profesional en el intraoperatorio. **Conclusión:** en los cinco estudios brasileños incluidos, la incompletitud es frecuente y selectiva, y las inconsistencias amenazan la validez del registro como prueba del cuidado. Se recomiendan auditorías con devolución, revisión de los instrumentos y estudios multicéntricos.

Palabras clave: Registros de enfermería; Enfermería perioperatoria; Seguridad del paciente; Lista de verificación; Documentación.

1. Introdução

O período intraoperatório concentra, em poucas horas, decisões e cuidados de elevada complexidade tecnológica e risco assistencial. Nele, a equipe de enfermagem recepciona o paciente, confere identificação e sítio cirúrgico, posiciona e protege o corpo na mesa operatória, instala e monitora dispositivos, controla materiais e contagens e conduz, na maior parte dos serviços brasileiros, a lista de verificação de segurança cirúrgica. Cada uma dessas ações só adquire existência formal, para a continuidade do cuidado, para a auditoria e para a responsabilização profissional, quando é registrada (FENGLER; MEDEIROS, 2020; SOARES et al., 2024).

No plano normativo, o registro das ações de enfermagem é dever ético e obrigação legal. A Resolução COFEN nº 429/2012 determina que as ações profissionais sejam registradas no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem, independentemente do suporte, tradicional ou eletrônico. A Resolução

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

COFEN nº 358/2009 estabelece que o Processo de Enfermagem seja registrado formalmente, a Resolução nº 736/2024 reafirma sua implementação em todo contexto de cuidado, e o Código de Ética veda o registro de informações incompletas, imprecisas ou inverídicas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016). No plano da segurança do paciente, o Segundo Desafio Global da Organização Mundial da Saúde e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria nº 529/2013) tornaram a verificação documentada de etapas críticas uma prática recomendada em todo procedimento cirúrgico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; BRASIL, 2013).

Apesar disso, a literatura nacional descreve com regularidade registros incompletos, tardios ou discordantes do cuidado efetivamente prestado. Esses achados são mais bem documentados no pós-operatório imediato e na recuperação pós-anestésica (AMORIM et al., 2021; PEREIRA et al., 2018) do que no intraoperatório, período em que o paciente, em geral anestesiado ou sedado, pouco pode confirmar do que lhe foi feito e em que a omissão de um registro pode inviabilizar a reconstituição de um evento adverso. Em muitos hospitais públicos brasileiros, esse registro ainda é feito em formulários impressos arquivados no prontuário físico, cuja qualidade só pode ser avaliada por auditoria documental.

Dois conceitos orientam esta revisão. *Incompletude* é a ausência ou o preenchimento parcial de campo ou item previsto no instrumento. *Inconsistência* é a incoerência entre informações registradas, seja dentro do mesmo instrumento, seja entre documentos do mesmo prontuário, seja entre o item assinalado e o procedimento efetivamente realizado. As duas condições comprometem a confiabilidade do dado, mas têm causas e remédios distintos: a primeira sugere falha de adesão ou de desenho do instrumento, a segunda sugere preenchimento mecânico, sem verificação real.

A opção por restringir a revisão aos prontuários físicos tem três razões. A primeira é metodológica: os suportes em papel e eletrônico tendem a produzir falhas de natureza diferente. No papel, o campo em branco, o formulário não arquivado, a letra ilegível e a rasura dependem do preenchimento e do desenho do impresso; no prontuário eletrônico, interferem campos obrigatórios, preenchimentos automáticos

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

e a configuração do sistema. Reunir os dois suportes numa mesma estimativa dificultaria interpretar a que atribuir a frequência encontrada, razão pela qual os estudos em prontuário eletrônico, como os de Rinaldi et al. (2019) e Maia e Paula (2023), foram tratados apenas como evidência complementar na discussão. A segunda é contextual: o formulário impresso persiste mesmo em serviços com prontuário eletrônico (Ribeiro et al. [2019] relataram que a lista de verificação não estava disponível no sistema e precisou ser requisitada em versão impressa) e, em muitos hospitais públicos brasileiros, é o único suporte do registro intraoperatório. A terceira é probatória: o prontuário físico é o documento examinado em auditorias, perícias e processos como prova do cuidado prestado, e sua avaliação exige leitura documental direta.

Embora haja estudos isolados sobre o tema, eles se concentram em outras etapas do período perioperatório, em prontuário eletrônico ou em um único instrumento, e não se localizou, nas bases consultadas, síntese que reunisse, de modo sistemático, a frequência e a natureza das incompletudes e das inconsistências especificamente no intraoperatório e em prontuários físicos. Esta revisão busca preencher essa lacuna ao se restringir a um único período e a um único suporte, ao tratar incompletude e inconsistência como fenômenos distintos e ao propor uma tipologia dos problemas encontrados. Diante disso, formulou-se a pergunta: *qual a frequência e quais os tipos de incompletudes e inconsistências presentes nos registros de enfermagem intraoperatórios realizados em prontuários físicos?* O objetivo foi respondê-la por meio de revisão sistemática da literatura publicada nos últimos dez anos.

2. Metodologia

Trata-se de revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, com síntese narrativa, conduzida e relatada conforme as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020) (PAGE et al., 2021). O protocolo da revisão não foi registrado em plataforma pública (como PROSPERO ou OSF). A pergunta, os critérios de elegibilidade e a estratégia de busca foram definidos pelos autores antes da triagem dos estudos e documentados

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

internamente, mas não foram submetidos a registro por se tratar de revisão de escopo restrito, com finalidade descritiva e desenvolvida em programa de pós-graduação. Reconhece-se que a ausência de registro público limita a verificação de desvios em relação ao plano original (seção 4.3).

A questão de pesquisa foi estruturada pela estratégia PICo: População, registros de enfermagem do período intraoperatório; Fenômeno de interesse, frequência e tipos de incompletudes e inconsistências; Contexto, centros cirúrgicos com prontuário em suporte físico (papel).

2.1 Fontes de informação e estratégia de busca

As buscas foram realizadas nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e LILACS (incluindo BDENF), em outubro de 2026. Combinaram-se descritores controlados (DeCS/MeSH) e termos livres com operadores booleanos, adaptados à sintaxe de cada base, conforme o Quadro 1. Aplicaram-se os filtros de período (2016 a 2026) e de idioma (português, inglês e espanhol). As buscas nas quatro bases foram executadas em outubro de 2026, com as estratégias do Quadro 1 e os mesmos filtros em todas elas. Recuperaram-se 148 registros: 32 na SciELO, 45 na PubMed/MEDLINE e 71 na BVS/LILACS (incluindo BDENF). A busca foi complementada pela leitura das listas de referências dos estudos incluídos.

Quadro 1 – Estratégias de busca por base de dados

Base	Estratégia (adaptada à sintaxe de cada base; período 2016–2026; português, inglês e espanhol)
PubMed/ MEDLINE	("Nursing Records"[Mesh] OR Documentation[Mesh] OR "nursing documentation" OR "nursing record*") AND ("Perioperative Nursing"[Mesh] OR "Operating Room Nursing"[Mesh] OR intraoperative OR "operating room*" OR "surgical center") AND (incomplet* OR completeness OR inconsisten* OR "missing data" OR "Data Accuracy"[Mesh] OR checklist OR adherence)
BVS / LILACS	(tw:("registros de enfermagem" OR "anotações de enfermagem" OR prontuário OR documentação)) AND (tw:("enfermagem perioperatória" OR intraoperatório OR transoperatório OR "centro cirúrgico" OR "sala de operação")) AND (tw:(incompletude OR completude OR inconsistência* OR preenchimento OR "lista de checagem" OR adesão)) AND db:("LILACS" OR "BDENF")
SciELO	("registros de enfermagem" OR "anotações de enfermagem" OR prontuário) AND (intraoperatório OR transoperatório OR "centro cirúrgico" OR checklist) AND (incompletude OR completude OR preenchimento OR inconsistência)

Fonte: elaboração própria (2026).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

2.2 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos primários (transversais, documentais, retrospectivos ou auditorias) que: (a) analisaram registros de enfermagem do período intraoperatório, entendidos como o intervalo entre a recepção do paciente no centro cirúrgico e sua saída da sala operatória; (b) utilizaram prontuários ou formulários em suporte físico; e (c) apresentaram frequência de incompletude ou de inconsistência. A lista de verificação de segurança cirúrgica foi considerada registro intraoperatório de enfermagem quando conduzida e preenchida pela equipe de enfermagem e arquivada no prontuário, o que é a rotina descrita nos estudos analisados.

Foram excluídos: estudos baseados em prontuário eletrônico; estudos restritos às fases pré ou pós-operatória; análises de registros exclusivamente médicos ou anestésicos; estudos de percepção, conhecimento ou observação direta sem análise de registro; revisões, editoriais, teses, dissertações e resumos de eventos.

Quando o suporte físico não era declarado de forma literal, o estudo foi incluído se o método permitisse inferi-lo a partir de indícios objetivos, como a coleta de fichas armazenadas em arquivo médico ou a análise de formulário institucional impresso avaliado após a alta, com indicadores de esterilização anexados. Dois estudos se enquadraram nessa situação (FENGLER; MEDEIROS, 2020; SOARES et al., 2024) e foram identificados como “inferido” no Quadro 2. Optou-se por incluí-los, e não por excluí-los, porque atendiam aos demais critérios e trazem a evidência mais detalhada sobre os cuidados de proteção do paciente (posicionamento, aquecimento, proteção de proeminências e placa dispersiva). Por essa razão, os achados dependentes desses dois estudos foram interpretados com cautela, e a inferência é tratada como limitação (seção 4.3).

2.3 Seleção, extração e avaliação da qualidade

A seleção ocorreu em duas etapas (título e resumo; leitura integral), por dois revisores independentes, com resolução de divergências por consenso. Os registros foram gerenciados em planilha eletrônica, com remoção manual de duplicatas. Extraíram-se: autoria, ano, local, tamanho e tipo de amostra, instrumento analisado, suporte do registro, indicadores de incompletude e de inconsistência e conclusões.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

A extração dos dados e a avaliação da qualidade metodológica foram conduzidas pelos mesmos dois revisores, e as divergências em qualquer etapa (seleção, extração ou avaliação da qualidade) foram resolvidas por consenso. Devido à heterogeneidade dos instrumentos e dos desfechos, não se realizou metanálise.

A qualidade metodológica foi apreciada qualitativamente à luz do *JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data*, considerando quatro aspectos: adequação da amostragem, validade do instrumento, descrição do cenário e clareza dos critérios de incompletude. Não se atribuiu pontuação de corte para exclusão, uma vez que o objetivo foi descritivo, e o julgamento de cada estudo é apresentado individualmente no Quadro 3. Quando a informação necessária não constava do artigo, o aspecto foi classificado como “não claro”.

A tipologia foi construída por análise de conteúdo indutiva, em três passos: (i) extração, de cada estudo, da descrição de cada falha de registro; (ii) comparação das descrições e agrupamento segundo a natureza da falha, ou seja, ausência de qualquer anotação, anotação incompleta, divergência entre informações, desproporção entre tipos de informação registrados e falha atribuída ao desenho do instrumento; e (iii) refinamento das categorias até que cada falha descrita coubesse em uma única categoria, com divergências resolvidas por consenso. Como as categorias derivam dos próprios achados, e não de classificação prévia, constituem proposta interpretativa, apresentada na seção 3.3.

3. Resultados

3.1 Seleção e caracterização dos estudos

O processo de seleção está sintetizado na Figura 1. Dos 148 registros identificados, 41 duplicados foram removidos e 107 foram triados por título e resumo, com exclusão de 89. Dos 18 relatórios buscados, todos recuperados, 13 foram excluídos após leitura integral: três por analisarem prontuário eletrônico (MAIA; PAULA, 2023; RINALDI et al., 2019; RIBEIRO et al., 2017); três por se restringirem à fase pré ou pós-operatória (D’EÇA JÚNIOR et al., 2020; AMORIM et al., 2021; PEREIRA et al., 2018); dois por analisarem registro exclusivamente médico ou anestésico; um por ser estudo de percepção profissional, sem análise de registros

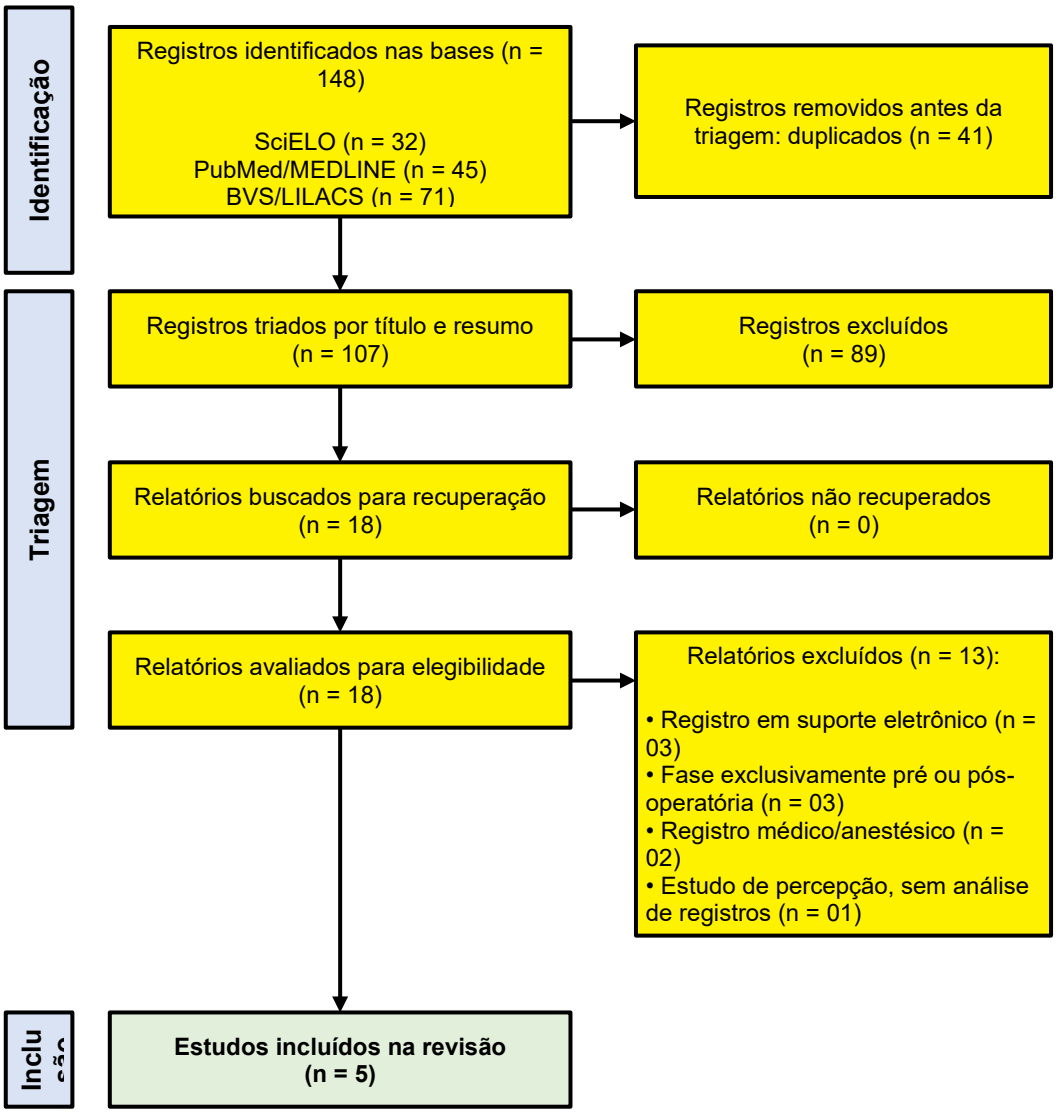
CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

(SILVA et al., 2021); e quatro por outros motivos. Cinco estudos atenderam a todos os critérios e compuseram a amostra final.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2020 do processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos



Fonte: adaptado de Page et al. (2021).

Os estudos incluídos foram publicados entre 2019 e 2024, todos no Brasil, e se distribuem pelas regiões Sudeste (dois), Sul (dois) e Nordeste (um). Todos adotaram delineamento transversal e documental, com dados secundários extraídos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

de prontuários, e as amostras variaram de 50 a 1.767 registros. Três deles analisaram a lista de verificação de segurança cirúrgica (MARQUIONI et al., 2019; MAGNAGO et al., 2019; RIBEIRO et al., 2019) e dois analisaram a ficha de sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (FENGLER; MEDEIROS, 2020; SOARES et al., 2024). O Quadro 2 resume suas características.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos incluídos (n = 5)

Autoria	Ano	Local	Amostra	Instrumento analisado	Suporte do registro
Marquioni et al.	2019	MG, hospital de ensino	334 prontuários (cirurgias SUS, 2015)	Lista de verificação OMS adaptada	Papel (arquivo físico da instituição)
Ribeiro et al.	2019	MG, hospital geral filantrópico	423 prontuários (2015)	Lista de verificação OMS adaptada (19 itens)	Papel (formulário impresso, explícito)
Magnago et al.	2019	RS, hospital universitário	1.767 listas de cirurgias eletivas (set.–dez. 2016)	Lista de verificação OMS ampliada	Papel (formulário manual, explícito)
Fengler; Medeiros	2020	RS, hospital filantrópico	50 prontuários (ago. 2018)	Instrumento com 10 atributos (SOBECC)	Papel (inferido)
Soares et al.	2024	PE, hospital regional público	288 prontuários (jan.–maio 2023)	Instrumento com 5 atributos (SAEP)	Papel (inferido; arquivo médico)

Fonte: elaboração própria (2026).

O suporte físico é explícito em dois estudos: Ribeiro et al. (2019) relatam que o formulário não estava disponível no prontuário eletrônico e precisou ser requisitado em versão impressa, e Magnago et al. (2019) descrevem formulário impresso, preenchido pelo técnico de enfermagem ou circulante e anexado ao prontuário. Marquioni et al. (2019) coletaram os dados em prontuários mantidos no arquivo físico da instituição. Em Soares et al. (2024) e Fengler e Medeiros (2020) o suporte é inferido: o primeiro coletou fichas armazenadas no arquivo médico e o segundo descreve formulário institucional com indicadores de esterilização anexados, avaliado após a alta. Essa inferência constitui limitação a ser considerada (seção 4.3).

A avaliação individualizada da qualidade metodológica consta no Quadro 3. Predominaram amostras probabilísticas ou censitárias (MARQUIONI et al., 2019; RIBEIRO et al., 2019; MAGNAGO et al., 2019) e cenário bem descrito, mas os instrumentos de coleta foram, em sua maioria, elaborados pelos próprios

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

pesquisadores, sem validação formal, e todos os estudos foram unicêntricos. Esses elementos limitam a generalização dos achados e são retomados na seção 4.3.

Quadro 3 – Apreciação individualizada da qualidade metodológica dos estudos incluídos (n = 5)

Estudo	Amostragem	Validação do instrumento de coleta	Descrição do cenário	Critério de incompletude
Marquioni et al. (2019)	Adequada (probabilística ou censitária)	Validação formal não relatada (lista OMS adaptada)	Adequada (hospital de ensino, MG; cirurgias SUS, 2015)	Claro (lista ausente, em branco, parcial e itens preenchidos distinguidos)
Ribeiro et al. (2019)	Adequada (probabilística ou censitária)	Validação formal não relatada (lista OMS adaptada, 19 itens)	Adequada (hospital filantrópico, MG; 2015)	Claro (completude geral e por momento: sign in, time out, sign out)
Magnago et al. (2019)	Adequada (probabilística ou censitária)	Validação formal não relatada (lista OMS ampliada)	Adequada (hospital universitário, RS; cirurgias eletivas, set.–dez. 2016)	Claro (preenchimento integral e por item)
Fengler; Medeiros (2020)	Não claro	Validação formal não relatada (10 atributos, SOBECC)	Adequada (hospital filantrópico, RS; ago. 2018)	Claro (registrado, parcial, não registrado e não aplicável)
Soares et al. (2024)	Não claro	Validação formal não relatada (5 atributos, SAEP)	Adequada (hospital regional público, PE; jan.–maio 2023)	Claro (itens aplicáveis sem registro; não aplicáveis tratados à parte)

Fonte: elaboração própria (2026), com base no JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data. Nota: apreciação qualitativa, sem pontuação de corte; todos os estudos foram transversais e unicêntricos; "não claro" indica informação insuficiente no artigo.

3.2 Frequência de incompletudes

A Tabela 1 reúne os indicadores de frequência extraídos. Em conjunto, os estudos mostram dois níveis de incompletude: a do instrumento (ausência do formulário ou preenchimento integral insuficiente) e a do item (omissão de campos específicos).

Tabela 1 – Frequência de incompletudes nos registros intraoperatórios, por estudo

Estudo	Principais indicadores de incompletude
Marquioni et al. (2019)	Lista ausente: 9,3% (31/334). Nenhuma lista totalmente preenchida; três em branco, só com identificação. Itens menos preenchidos: confirmação do sítio pelo paciente (5%); via aérea difícil e risco de perda sanguínea (24%); etapas críticas (22%); preocupações específicas (23%); problemas de equipamento (26%); exames de imagem (38%); contagem de instrumentais e compressas (55%); identificação de peças (80%). Campos sem preenchimento: tipo de anestesia (27,2%), turno (20,4%), potencial de contaminação (41,6%), urgência (16,5%).
Ribeiro et al. (2019)	Lista ausente: 5,0%. Preenchimento completo: 67,4% (5,4% com 0 a 7 itens; 5,8% com 8 a 14). Completude por momento: 84,2% (*sign in*), 84,2% (*time out*) e 84,9% (*sign out*). Itens menos checados: risco de sangramento (87,7%), confirmação de paciente, cirurgia e sítio (85,8%), posição na mesa (86,8%), peças identificadas (84,6%).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

Estudo	Principais indicadores de incompletude
Magnago et al. (2019)	Preenchimento integral no centro cirúrgico: 59,3% (55,2% a 61,2%). Itens da sala de cirurgia: 89,5% a 97,7%, com menor valor para equipe sem adornos (89,5%), profilaxia antimicrobiana (92,7%) e placa de eletrocautério (94,7%). Contagem de instrumentais: adesão classificada como baixa.
Fengler; Medeiros (2020)	Atributos intraoperatórios: 57,44% totalmente registrados, 2,64% parcialmente, 20,96% não registrados e 18,96% não aplicáveis. Não registrados: posicionamento (80%), coxins (98%), aquecimento (100%), local da placa e de monitorização (92%), prescrição pós-operatória ao término da cirurgia (100%). Identificação de paciente, equipe, circulante e enfermeiro: 6% completa, 66% parcial, 28% ausente.
Soares et al. (2024)	Itens aplicáveis sem registro: alergia (86,1%), placa de eletrocautério (81,1%), sonda vesical (81,2%), controle de perdas sanguíneas, diurese e secreção gástrica (61,8%), confirmação de identificação, sítio, procedimento e consentimento (13,1%), exame físico (10,5%), demarcação do sítio (4,0%).

Fonte: elaboração própria (2026).

No nível do instrumento, a lista de verificação estava ausente em 9,3% dos prontuários em Marquioni et al. (2019) e em 5,0% em Ribeiro et al. (2019). Entretanto, a presença do formulário não garante seu uso adequado: nenhum dos 303 instrumentos localizados por Marquioni et al. (2019) estava totalmente preenchido, e três continham apenas a identificação do paciente. Em Ribeiro et al. (2019), 67,4% estavam completos, ainda que 88% tivessem ao menos 15 dos 19 itens assinalados, e em Magnago et al. (2019) a taxa de preenchimento integral no centro cirúrgico foi de 59,3%, oscilando entre 55,2% e 61,2% ao longo de quatro meses. A variação entre 0% e 67,4% pode refletir diferenças de cultura institucional, mas também de critério: quanto mais rígida a definição de completude, mais baixo o indicador.

No nível do item, três padrões se repetem. O primeiro envolve itens que dependem de outro profissional e de verbalização, como a confirmação do sítio cirúrgico pelo paciente (preenchida em apenas 5%), o risco de via aérea difícil e de perda sanguínea (24% cada) e a revisão de etapas críticas, preocupações específicas e problemas de equipamentos no *time out* (22% a 26%) (MARQUIONI et al., 2019). O segundo envolve o fechamento da cirurgia: a contagem de instrumentais, gazes e compressas foi registrada em 55% dos casos em Marquioni et al. (2019) e em 92,2% em Ribeiro et al. (2019), com resultado qualificado como baixo em Magnago et al. (2019). O terceiro envolve os cuidados de proteção do paciente, como posicionamento, coxins, aquecimento e placa dispersiva, que são os mais negligenciados (FENGLER; MEDEIROS, 2020; SOARES et al., 2024).

O achado de maior relevância clínica está em Fengler e Medeiros (2020): enquanto horários de início e término, tipo de anestesia, materiais, equipamentos,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

indicadores de esterilização e locais de punção foram registrados em 100% dos prontuários, o posicionamento foi descrito em 20%, o uso de coxins em 2%, o método de aquecimento em 0% e o local da placa do eletrocautério em 8%. Esses são precisamente os registros que permitiriam investigar lesões por pressão, neuropatias posicionais, hipotermia e queimaduras. Em Soares et al. (2024), a verificação de alergia, a localização da placa dispersiva e o controle de perdas sanguíneas, diurese e secreção gástrica não constavam em, respectivamente, 86,1%, 81,1% e 61,8% das fichas em que o item era aplicável.

Há ressalvas necessárias. Primeiro, o denominador varia: em Fengler e Medeiros (2020) e Soares et al. (2024), itens não aplicáveis (como sondagem vesical ou envio de peça) foram tratados à parte, o que torna os percentuais de omissão dependentes do critério de aplicabilidade. Segundo, a ausência de registro não equivale necessariamente à ausência do cuidado, e os próprios autores reconhecem que, em estudo documental, não é possível distinguir omissão do ato de omissão do registro. Terceiro, a presença de marcação tampouco comprova a execução: Marquioni et al. (2019) e Ribeiro et al. (2019) lembram que não houve observação direta e que a checagem pode ter sido feita sem verbalização, como a OMS preconiza.

3.3 Tipos de incompletudes e inconsistências

A análise dos cinco estudos permitiu agrupar os problemas em cinco tipos, apresentados no Quadro 4. A tipologia é uma contribuição interpretativa desta revisão, construída a partir da descrição dos achados primários, e não uma classificação consagrada na literatura.

Quadro 4 – Tipologia de incompletudes e inconsistências nos registros intraoperatórios (síntese dos autores)

Tipo	Descrição	Exemplos nos estudos incluídos
1. Omissão total	Ausência do instrumento ou de campo previsto, sem qualquer anotação.	Lista ausente em 5,0% a 9,3% dos prontuários; listas em branco; aquecimento sem registro em 100% (MARQUIONI et al., 2019; RIBEIRO et al., 2019; FENGLER; MEDEIROS, 2020).
2. Preenchimento parcial	Instrumento ou item presente, porém com dados incompletos.	Identificação da equipe cirúrgica completa em apenas 6%; listas com menos de 19 itens assinalados (FENGLER; MEDEIROS, 2020; RIBEIRO et al., 2019).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

Tipo	Descrição	Exemplos nos estudos incluídos
3. Incoerência	Divergência entre item assinalado e procedimento, ou entre documentos do mesmo prontuário.	Lateralidade sem lado correto (5,2%) ou assinalada sem indicação (4,5%); alergia documentada e marcada como inexistente (RIBEIRO et al., 2019).
4. Registro assimétrico	Completude elevada para dados administrativos ou médicos e baixa para cuidados de enfermagem.	100% para horários, materiais e equipamentos; 0% a 20% para aquecimento, coxins e posicionamento (FENGLER; MEDEIROS, 2020).
5. Incompletude estrutural	O instrumento não prevê, suprimiu ou fragmenta itens essenciais.	Três itens do *sign out* da OMS suprimidos do instrumento institucional (MARQUIONI et al., 2019).

Fonte: elaboração própria (2026).

As *inconsistências* propriamente ditas foram identificadas em um único estudo, o que indica mais uma lacuna de investigação do que ausência do problema. Em Ribeiro et al. (2019), 15,4% dos instrumentos apresentaram incoerência entre os itens assinalados e a cirurgia realizada: em 5,2%, procedimentos com lateralidade foram registrados sem indicação do lado correto; em 4,5%, procedimentos sem lateralidade tiveram o item “lado correto” assinalado; e houve prontuários com alergia medicamentosa documentada no pré-operatório e marcada como inexistente na lista de verificação. Esses erros têm potencial de gerar eventos graves, justamente os que o instrumento pretende evitar. Soma-se a eles o registro “mecânico”: Marquioni et al. (2019) observaram que o item de antecipação de eventos críticos era assinalado sem especificar o evento ou simplesmente deixado em branco, o que sugere cumprimento formal sem conteúdo.

Chama a atenção, ainda, a *incompletude estrutural*. Em Marquioni et al. (2019), o instrumento institucional havia suprimido três itens do terceiro momento da lista da OMS (confirmação dos nomes pelos profissionais, problemas de equipamento a resolver e preocupações essenciais para a recuperação), o que impede avaliar a conformidade com o padrão internacional. Achado semelhante, em estudo de percepção, descreve formulário institucional que registra a lateralidade sem especificar se o sítio foi demarcado (SILVA et al., 2021). Nenhum dos cinco estudos, por outro lado, mediu legibilidade, rasuras, abreviaturas não padronizadas, ausência de horário, assinatura ou carimbo no intraoperatório, parâmetros recorrentes nas auditorias de outros cenários, como a sala de recuperação pós-anestésica, em que 41,67% dos registros eram ilegíveis e 91,67% apresentavam linhas em branco (AMORIM et al., 2021). Trata-se de lacuna importante, pois são

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

essas falhas formais, e não só as omissões de conteúdo, que fragilizam o valor probatório do prontuário físico.

4. Discussão

4.1 Fatores associados à incompletude: o que se observou e o que se supõe

Convém separar o que os estudos mediram do que apenas sugerem. Medidas diretas são as frequências de omissão e de preenchimento; as causas, ao contrário, não foram testadas, e as explicações disponíveis são hipóteses formuladas pelos autores primários a partir de análise documental. A hipótese mais recorrente é a hierarquia de prioridades do registro. O que se observou, em Fengler e Medeiros (2020), foi registro integral de horários, materiais e equipamentos e registro raro de posicionamento, coxins e aquecimento; os autores interpretam o padrão como indício de que a enfermagem registra com mais fidelidade o que interessa à equipe médica e à instituição e menos o que expressa o cuidado de enfermagem e o conforto do paciente. A leitura é coerente com a função de cobrança e rastreabilidade que o formulário de sala também exerce e com a ausência de prescrição de enfermagem pós-operatória ao término da cirurgia, inexistente em 100% dos prontuários analisados, mas o desenho transversal não permite confirmá-la.

O segundo conjunto de achados diz respeito à distribuição de responsabilidade. Em Marquioni et al. (2019), os itens da avaliação médica (via aérea e perda sanguínea) e do cirurgião (etapas críticas) foram os menos preenchidos. Em Ribeiro et al. (2019), não houve diferença significativa no preenchimento dos itens de responsabilidade do cirurgião, mas as incoerências se concentraram na lateralidade, atribuída ao cirurgião, e na alergia, atribuída ao anestesiologista; a resistência dos cirurgiões foi relatada como principal barreira. Magnago et al. (2019) encontraram maior adesão aos itens anestésicos, atribuída pelos autores, em hipótese, à rotina histórica de conferência. Nos cenários em que o responsável é descrito, o formulário é conduzido pelo circulante de sala ou pelo técnico de enfermagem, de modo que a enfermagem pode acabar responsável por registrar verificações que não controla por inteiro, o que seria uma explicação possível, e não demonstrada, para parte da incompletude e das incoerências.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

O terceiro conjunto refere-se a quem tem o registro. Em Ribeiro et al. (2019), pacientes classificados como ASA P3 tiveram 72,3% menos chance de ter a lista no prontuário do que os classificados como P1, e em Marquioni et al. (2019) as cirurgias eletivas tiveram chance cerca de quatro vezes maior de ter o instrumento do que as de urgência e emergência. São associações observadas, sem demonstração de causalidade. Se confirmadas, indicam que o registro tende a faltar onde o risco é maior, o que pode gerar viés de informação e subestimar a dimensão dos eventos em pacientes graves.

Por fim, os autores apontam, como possíveis explicações, sobrecarga de trabalho, déficit de dimensionamento, falta de tempo, capacitação insuficiente, pouca valorização do registro e ausência de instrumentos padronizados (FENGLER; MEDEIROS, 2020; SOARES et al., 2024). Esses fatores são plausíveis, mas devem ser lidos como hipóteses a investigar, e não como determinantes estabelecidos.

4.2 Confiabilidade do registro, consequências assistenciais e padronização

A confiabilidade do dado registrado tem duas dimensões que os estudos incluídos não separam. A primeira é a validade do registro ausente: o campo em branco não equivale, necessariamente, a cuidado não prestado, e os próprios autores reconhecem que, em estudo documental, não é possível distinguir omissão do ato de omissão do registro. A segunda é a validade do registro presente: o item assinalado não comprova a execução, pois Marquioni et al. (2019) e Ribeiro et al. (2019) lembram que não houve observação direta e que a checagem pode ter ocorrido sem a verbalização preconizada pela OMS, e o registro “mecânico”, como o item de antecipação de eventos críticos assinalado sem especificar o evento, sugere cumprimento formal sem conteúdo. Nesse sentido, os percentuais de completude medem preenchimento, e não a qualidade do cuidado nem a fidelidade do registro. Apenas Ribeiro et al. (2019) confrontaram itens da lista com outras informações do prontuário, como a alergia documentada no pré-operatório, e foi nesse confronto que apareceram as incoerências.

Quanto às consequências assistenciais, as lacunas mais frequentes incidem sobre registros que permitiriam investigar lesões por pressão, neuropatias posicionais, hipotermia e queimaduras (FENGLER; MEDEIROS, 2020). Trata-se de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

pertinência documental, e não de causalidade: os estudos incluídos não mediram esses desfechos nem os relacionaram às falhas de registro, e a ausência de anotação não demonstra que o evento ocorreu ou que o cuidado deixou de ser prestado. O que a falha documental compromete, por definição, é a capacidade de reconstituir o cuidado e de analisar um evento adverso, além da continuidade da assistência, do respaldo ao profissional em ocorrências jurídicas e da cobrança hospitalar, com risco de glosas (SOARES et al., 2024).

Os achados reforçam, ainda, a importância de padronização, rastreabilidade e validação. Quanto à padronização, a variação de instrumentos (listas da OMS adaptadas ou ampliadas, instrumento institucional com itens suprimidos, formulários de 10 e de 5 atributos) e de critérios de completude e de aplicabilidade torna os percentuais pouco comparáveis; um conjunto mínimo comum de itens, com campo explícito para “não se aplica”, permitiria distinguir o item não aplicável do item omitido. Quanto à rastreabilidade, a identificação de quem preencheu cada item, o horário e a assinatura permitem atribuir o registro e reconstituir a sequência dos eventos, e Fengler e Medeiros (2020) encontraram identificação completa de paciente, equipe, circulante e enfermeiro em apenas 6% dos prontuários. Quanto à validação, instrumentos de auditoria validados e delineamentos que combinem análise documental e observação direta são o caminho para separar o que não foi feito do que não foi registrado.

Vale refletir sobre a migração para o prontuário eletrônico, frequentemente apresentada como solução. Os estudos excluídos por esse critério mostram que a informatização não eliminou o problema: em pacientes pediátricos, apenas 12,9% das listas de verificação estavam integralmente preenchidas (RINALDI et al., 2019), e em outro centro cirúrgico apenas 4,8% das fichas intraoperatórias continham todos os sinais vitais (MAIA; PAULA, 2023). A mudança de suporte parece, por si só, insuficiente sem revisão do desenho dos campos, da carga de trabalho e da cultura de segurança, embora esses estudos, por seu delineamento e contexto, não permitam comparação direta com os prontuários físicos.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

4.3 Limitações da evidência e da revisão

A principal limitação é o pequeno número de estudos, todos brasileiros, unicêntricos e transversais, o que restringe a generalização e impede metanálise. A heterogeneidade de instrumentos, critérios de completude e denominadores limita a comparação direta entre percentuais. O suporte físico foi inferido em dois estudos. A restrição a prontuários físicos e ao intraoperatório excluiu estudos relevantes sobre pré e pós-operatório e sobre prontuário eletrônico, tratados aqui apenas como evidência complementar. A ausência de protocolo registrado em plataforma pública impede a verificação de eventuais desvios em relação ao plano original. As estratégias de busca, mesmo adaptadas a cada base, podem ter deixado de captar estudos pertinentes, por variações terminológicas (como intraoperatório e transoperatório) e pelo uso de termos de completude e de adesão. A busca limitou-se a quatro bases e a três idiomas, podendo ter deixado de captar literatura cinzenta e estudos em outras bases, como CINAHL e Embase. Por fim, a avaliação da qualidade metodológica foi qualitativa, sem pontuação de corte e baseada apenas nas informações relatadas nos artigos (Quadro 3), o que limita a ponderação dos achados segundo o risco de viés.

5. Considerações Finais

Os estudos incluídos, todos brasileiros e unicêntricos, indicam que a incompletude dos registros de enfermagem intraoperatórios em prontuários físicos é frequente, heterogênea entre serviços e, sobretudo, seletiva: registram-se bem os dados de interesse administrativo e médico, e registram-se mal os cuidados de proteção do paciente, como posicionamento, aquecimento, proteção de proeminências e localização da placa dispersiva. Soma-se a isso a presença de inconsistências capazes de gerar eventos graves, ainda pouco investigadas, e a ausência de dados sobre legibilidade e identificação profissional.

Para a prática, recomendam-se auditorias periódicas com devolutiva às equipes, revisão dos formulários para integrar campos de proteção do paciente e restabelecer itens suprimidos da lista da OMS, definição explícita de responsabilidades por item e educação permanente que inclua cirurgiões e

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

anestesiologistas. Para a pesquisa, são necessários estudos multicêntricos com instrumentos validados, definição padronizada de incompletude e de inconsistência, avaliação de legibilidade e de elementos formais do registro e delineamentos que combinem análise documental e observação direta, a fim de separar o que não foi feito do que não foi registrado.

Reconhecer essas falhas não equivale a depreciar o trabalho da enfermagem perioperatória, mas a tornar visível, e portanto passível de avaliação e de melhoria, o cuidado que hoje se perde no papel.

Referências

Amorim, R. F., et al. “Análise dos registros da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica.” *Revista Nursing*, vol. 24, no. 279, 2021, pp. 6108-14, doi:10.36489/nursing.2021v24i279p6101-6114.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 abr. 2013, seção 1, p. 43.

Conselho Federal de Enfermagem. *Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem*. COFEN, 2016.

Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. COFEN, 2009.

Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN nº 429/2012*. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte. COFEN, 2012.

Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024*. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. COFEN, 2024.

D’Eça Júnior, Aurean, et al. “Check list da visita pré-operatória de enfermagem: avaliação da qualidade dos dados.” *Revista de Enfermagem da UFSM*, vol. 10, e22, 2020, pp. 1-13, doi:10.5902/2179769236082.

Fengler, Franciele Cristine, e Cássia Regina Gotler Medeiros. “Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: análise de registros.” *Revista SOBECC*, vol. 25, no. 1, 2020, pp. 50-57, doi:10.5327/Z1414-4425202000010008.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/10/2026 - **Accepted:** 13/11/2026
Vol: 13.23
DOI: 10.66104/86krjv23
Pages: 1-20

Magnago, Tânia Solange Bosi de Souza, et al. “Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital universitário.” *Revista de Enfermagem da UFSM*, vol. 9, e63, 2019, pp. 1-15, doi:10.5902/2179769236780.

Maia, Eva, e Taniela Marquez de Paula. “Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: percepções e registros dos enfermeiros de um centro cirúrgico.” *Health Residencies Journal*, vol. 4, no. 19, 2023, pp. 32-43, doi:10.51723/hrj.v4i19.699.

Marquioni, Francielle Souza do Nascimento, et al. “Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino.” *Revista SOBECC*, vol. 24, no. 1, 2019, pp. 22-30, doi:10.5327/Z1414-4425201900010006.

Organização Mundial da Saúde. *Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

Page, Matthew J., et al. “The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews.” *BMJ*, vol. 372, 2021, n71, doi:10.1136/bmj.n71.

Pereira, E. B. F., et al. “Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos.” *Revista SOBECC*, vol. 23, no. 1, 2018, pp. 21-27.

Ribeiro, Helen Cristiny Teodoro Couto, et al. “Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica.” *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 33, no. 10, 2017, e00046216, doi:10.1590/0102-311x00046216.

Ribeiro, Luciane, et al. “Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios.” *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, vol. 46, no. 5, 2019, e20192311, doi:10.1590/0100-6991e-20192311.

Rinaldi, Letícia Costa, et al. “Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas.” *Revista SOBECC*, vol. 24, no. 4, 2019, pp. 185-92, doi:10.5327/Z1414-4425201900040003.

Silva, Carina Cavalheiro da, et al. “Fatores que influenciam a adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica.” *Revista SOBECC*, vol. 26, no. 4, 2021, pp. 212-19, doi:10.5327/Z1414-4425202100040004.

Soares, Rayane Poliana Gomes, et al. “Análise dos registros perioperatórios baseados na sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: estudo transversal.” *Revista Enfermagem UERJ*, vol. 32, e81089, 2024, doi:10.12957/reuerj.2024.81089.

CC BY