

Segurança dos Pacientes do SUS: Desafios e Estratégias para a Melhoria da Prática Médica em Centros Cirúrgicos

Patient Safety in the SUS: Challenges and Strategies for Improving Medical Practice in Operating Rooms
Seguridad del Paciente en el SUS: Retos y Estrategias para Mejorar La Práctica Médica en los Quirófanos

RESUMO

A segurança do paciente tornou-se prioridade nas políticas de saúde. No Brasil, o SUS enfrenta desafios como subfinanciamento, gestão ineficiente e deficiências estruturais, especialmente nos centros cirúrgicos. Este artigo analisa como a adoção de Listas de Verificação Cirúrgica pode melhorar a prática assistencial. Com base em revisão bibliográfica e documental, são discutidas as principais barreiras e condições para a implementação eficaz dessas listas. Destacam-se barreiras como resistência institucional, falta de treinamento e escassez de recursos. Conclui-se que, embora promissora, a efetividade da estratégia está condicionada a capacitação, financiamento adequado e cultura organizacional consolidada em segurança.

DESCRIPTORIOS: Segurança do paciente. Sistema Único de Saúde. Centros cirúrgicos. Lista de verificação cirúrgica. Políticas públicas em saúde.

ABSTRACT

Patient safety has become a priority in health policies. In Brazil, the Unified Health System (SUS) faces challenges such as underfunding, inefficient management, and structural deficiencies, especially in surgical centers. This article analyzes how the adoption of Surgical Safety Checklists can improve care practices. Based on a bibliographic and documentary review, it discusses the main barriers and conditions for the effective implementation of these checklists. Barriers such as institutional resistance, lack of training, and resource shortages are highlighted. It is concluded that, although promising, the effectiveness of the strategy depends on professional training, adequate funding, and an organizational culture committed to safety.

DESCRIPTORS: Patient safety. Unified Health System (SUS). Surgical centers. Surgical safety checklist. Public health policies.

RESUMEN

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad en las políticas de salud. En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) enfrenta desafíos como el subfinanciamiento, la gestión ineficiente y las deficiencias estructurales, especialmente en los centros quirúrgicos. Este artículo analiza cómo la adopción de Listas de Verificación Quirúrgica puede mejorar la práctica asistencial. A partir de una revisión bibliográfica y documental, se discuten las principales barreras y condiciones para la implementación efectiva de dichas listas. Se destacan obstáculos como la resistencia institucional, la falta de capacitación y la escasez de recursos. Se concluye que, aunque prometedora, la efectividad de esta estrategia depende de la capacitación profesional, el financiamiento adecuado y una cultura organizacional consolidada en torno a la seguridad.

DESCRIPTORIOS: Seguridad del paciente. Sistema Único de Salud (SUS). Centros quirúrgicos. Lista de verificación quirúrgica. Políticas públicas de salud.

Matheus Silva Barbosa

Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - Campus Duque de Caxias
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3623-9689>

Heike Felipe Rangel Dias

Médico Especializado em Medicina da Dor pelo Hospital Israelita Albert Einstein
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7261-9369>

Recebido em: 18/09/2025

Aprovado em: 06/10/2025

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as questões associadas à segurança do paciente se tornaram uma das prioridades temáticas das agendas nacionais e internacionais. No entanto, a realidade da saúde pública no Brasil, especificamente o Sistema Único de Saúde (SUS), nunca foi suficiente, em decorrência do seu baixo financiamento, ineficiência de gestão e falta de modernização técnica e tecnológica dos centros de saúde^[14].

Nesse contexto, os centros cirúrgi-

cos emergem como ambientes críticos, onde as limitações estruturais, a indisponibilidade de insumos necessários e a ausência de protocolos padronizados amplificam os riscos à integridade dos pacientes e profissionais de saúde. Diante desses fatores e desafios, surgiram listas, protocolos e políticas públicas que enfatizam a importância da segurança do paciente, especialmente no ambiente perioperatório^[14].

O presente artigo se justifica pela importância que a segurança do paciente tem em relação ao alcance de resultados esperados, especificamente

em procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Considerando que complicações perioperatórias representam uma parcela significativa de eventos adversos evitáveis no SUS, este artigo busca contribuir para a discussão sobre estratégias de segurança. O objetivo geral é avaliar o potencial da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) como estratégia para reduzir eventos adversos em centros cirúrgicos do SUS, frente a desafios como subfinanciamento e fragilidades estruturais

Procura-se responder: diante dos desafios enfrentados pelos profissionais

de saúde em centros cirúrgicos do SUS, quais os impactos da aplicação de estratégias procedimentais rigorosas na melhoria da prática assistencial ao paciente? Parte-se da hipótese de que a aplicação sistemática das Listas de Verificação para Cirurgia Segura, aliada a programas de treinamento contínuo e alocação correta dos recursos financeiros, pode amenizar significativamente os riscos nos centros cirúrgicos do SUS.

Este artigo baseia-se numa pesquisa é qualitativa, com base em revisão bibliográfica e documental de fontes governamentais, institucionais e acadêmicas. Dentre as fontes consultadas, estão publicações do governo brasileiro, da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério de Saúde (MS), além de artigos publicados sobre o tema em periódicos acadêmicos. Para contextualizar os desafios enfrentados pelos centros cirúrgicos do SUS, é fundamental compreender a estrutura, o financiamento e a organização do sistema de saúde brasileiro, que serve como pano de fundo para a análise proposta. Essa análise inicia-se pela caracterização do SUS, cujas diretrizes constitucionais fundamentam as políticas de segurança aqui discutidas.

O Sistema Único de Saúde

Definição

Criado para garantir acesso integral, universal e gratuito à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa o marco institucional no qual se inserem os desafios de segurança em centros cirúrgicos abordados neste estudo. Foi a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) que se consolidou a saúde como um direito inalienável de todos, com ênfase na prevenção e a promoção da saúde. Anteriormente, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, cabendo às entidades filantrópicas o cuidado dos demais necessitados (Brasil, [202-]).

Dentre os direitos resguardados pelo SUS, destacam-se: acesso aos sistemas de saúde ordenado e organizado, tratamento adequado, efetivo e humanizado, que respeite os valores individuais. Os gestores e demais profissionais de saúde devem se comprometer com a execução desses princípios (Brasil, [202-]).

Os serviços de saúde e gestão do SUS são compartilhados pelos três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. O SUS abrange tanto a “atenção primária, média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica” (Brasil, [202-]).

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, tendo cada ente responsabilidades próprias e correlacionadas. O Ministério da Saúde (MS) é o responsável por formular políticas nacionais de saúde, fiscalizá-las e avaliá-las, junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O governo federal é o principal financiador do SUS, e historicamente, representou metade dos recursos gastos no país em saúde pública. Os estados e municípios, contribuem com a outra metade dos recursos (Brasil, [202-]).

A Secretaria Estadual de Saúde participa da formulação das políticas e ações de saúde, além de prestar apoio aos municípios em consonância com o conselho estadual. Cada estado possui uma secretaria específica para a gestão de saúde. Fica a cargo do gestor estadual aplicar recursos próprios e aqueles repassados pela União nos seus respectivos municípios. Ademais, cada unidade federativa formula suas próprias políticas de saúde, respeitando a normatização federal (Brasil, [202-]).

Por fim, a Secretaria Municipal de Saúde planeja, controla e executa os serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e o estado. DE acordo com a normativa, cabe ao gestor

municipal aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. A gestão municipal pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população (Brasil, [202-]). A complexidade dessa arquitetura federativa, contudo, não resolve um desafio central: o subfinanciamento crônico que compromete a operacionalização do sistema, especialmente em serviços de alta complexidade como os centros cirúrgicos.

Financiamento

Apesar de o SUS ter sido elaborado para ser um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o seu financiamento tem se apresentado de forma crítica e insustentável ao longo dos anos. Os maiores desafios enfrentados pelo sistema é a alocação de recursos de forma adequada, além da ineficiência e desigualdade no acesso aos serviços de saúde. O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, sofre com a desigualdade social e má gestão dos recursos públicos^[13].

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 2019, o Brasil teve um gasto público em saúde de apenas 3,93% do Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo da maioria dos países, incluindo uma parcela pequena dos países economicamente semelhantes a ele. Essa baixa participação pública se reflete em um cenário de subfinanciamento do SUS^[13].

Em contrapartida, no mesmo ano, o brasileiro teve um gasto de 5,39% do PIB no setor privado, com, por exemplo, a aquisição de seguros de saúde. Esses dados apontam para a urgência de se reconfigurar o arranjo federativo, fiscal e distributivo do Estado. Afinal, o financiamento deveria ser compatível com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade^[13].

Com a adoção de políticas de austeridade fiscal, e consequentemente as restrições impostas pela crise econômi-

ca no Brasil, o SUS se tornou ainda mais limitado quanto a sua capacidade de financiamento. A Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 15 de dezembro de 2016, por exemplo, limitou o crescimento das despesas com a saúde. O ano de 2020, no entanto, apresentou um aumento nos gastos em função do COVID-19, o que levou o governo brasileiro a recorrer a créditos extraordinários para financiar ações emergenciais. O gasto total com saúde, naquele ano, atingiu R\$ 418 bilhões^[13].

Atualmente, o financiamento do SUS tem como principais fontes os estados e os municípios. Sendo assim, observa-se um processo de transferência de responsabilidade no financiamento da saúde pública no Brasil. Nesse sentido é imprescindível que haja uma coordenação entre as três esferas do governo para que os recursos sejam alocados adequadamente às necessidades locais e regionais^[13]. Essa escassez de recursos impacta diretamente a operacionalização dos diferentes níveis de atenção à saúde, sobretudo nos serviços de alta complexidade, como os centros cirúrgicos, conforme detalhado a seguir.

Níveis de atenção e assistência à saúde

Nesse contexto de restrições financeiras, a organização hierárquica dos serviços do SUS é essencial para se compreender a vulnerabilidade dos centros cirúrgicos e por que demandam protocolos específicos de segurança. O SUS atende mais de 190 milhões de pessoas todos os anos. Devido a essa alta demanda, para que sua assistência seja organizada e o sistema apresente um bom funcionamento, há diferentes níveis de atenção e assistência aos pacientes. Os serviços ofertados são, então, agrupados de acordo com o grau de complexidade de cada paciente. Tais níveis foram estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, sendo eles: atenção primária, atenção secundária e terciária (Frasão; Ribeiro, 2022).

Todos os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS foram organizados a partir de parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A ideia é a de que, na Atenção Primária à Saúde (APS), a maioria dos problemas dos pacientes sejam resolvidos, caso contrário os profissionais poderão encaminhá-los para níveis secundário e terciário, os quais implicam em tratamentos de maior complexidade (Frasão; Ribeiro, 2022).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), estabelecimentos da APS, têm como ênfase ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde. Isso se dá através de exames e consultas com profissionais especializados em saúde da família. A prevenção e conscientização são essenciais, nesses casos, para otimização e alocação de recursos usados em internações e tratamentos de doenças que poderiam ter sido evitadas, como diabetes, hipertensão e sedentarismo. Atualmente, existem 48.161 UBS espalhadas por todo o país (Frasão; Ribeiro, 2022).

A atenção especializada é dividida em secundária e terciária, as quais são de média e alta complexidade, respectivamente. A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios, como é o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Sua capacidade de atendimento chega a ser de 150 a 450 pacientes por dia. Além disso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como objetivo chegar imediatamente às vítimas que se encontram em estado de emergência, em locais públicos e privados. Atualmente, 85,89% da população nacional (179.077.162 pessoas) têm acesso a esse serviço (Frasão; Ribeiro, 2022).

As UPAs funcionam diariamente, 24 horas por dia, e atendem geralmente grande parte das urgências locais. É por meio delas que ocorre o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, onde busca-se estabilizar o

paciente, investigar seu diagnóstico inicial, para a definição do tratamento mais adequado, garantindo também que pacientes em situações mais complexas, sejam direcionados a outros níveis de assistência. Nessas situações, pode-se indicar a transferência desses pacientes para hospitais e centros de atendimentos com equipamentos mais avançados e de atenção especializada. Independente do grau de complexidade, o SUS deve garantir a continuidade do tratamento ao paciente, disponibilizando internação e intervenção médica especializada (Frasão; Ribeiro, 2022).

Sobre os hospitais de grande porte e unidades de ensino e pesquisa, estes se enquadram em um nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), centros cirúrgicos grandes e complexos que demandam alta tecnologia e maiores custos de investimento e manutenção. Os especialistas dessa categoria estão aptos para tratar casos de pacientes mais complexos e que não puderam ser solucionados na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada (Frasão; Ribeiro, 2022).

Segurança do paciente em serviços de saúde

Definição e importância

De acordo com a OMS, a insegurança ainda é uma realidade nos processos assistenciais de saúde em todo o mundo. Observou-se nos últimos anos um grande aumento no número de pacientes que morreram ou se tornaram inválidos em razão de cuidados de saúde inseguros. De acordo com estimativas recentes, o custo social do dano ao paciente pode ser avaliado entre US\$ 1 trilhão a US\$ 2 trilhões por ano (OMS, 2021).

No Brasil, a incidência de Eventos Adversos (EA) é alta. Cerca de 66% dos erros ocorridos são considerados evitáveis. A promoção de práticas seguras de

cuidado, o monitoramento e a regulação pelas autoridades em saúde possibilitam a prevenção de reincidências de eventos indesejados. Há décadas, há no serviço público de saúde brasileiro um processo de normatização de práticas seguras na saúde, além de esforços de integração e articulação dessas ações, visando a segurança do paciente (OMS, 2021).

A começar pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 63, de 28 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento (BPF) para os serviços de saúde, definindo padrões mínimos, como a qualificação profissional, humanização do atendimento e redução e controle de riscos aos usuários. Em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde, por meio da publicação da Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013 (Brasil, 2016).

A segurança do paciente é definida como:

Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer (OMS, 2021, p. 105).

Alguns valores são fundamentais para estruturar o desenvolvimento e implementação do referido Programa: envolver pacientes e familiares nos cuidados médicos; analisar e compartilhar dados; indicar pontos de melhorias e que sejam mensuráveis; basear as políticas e ações ao aspecto do cuidado; incutir uma cultura de segurança, na concepção e entrega de cuidados de saúde (Brasil, 2016).

A segurança do paciente é uma responsabilidade coletiva, demandando

ação coordenada do governo brasileiro, Ministério da Saúde e suas agências executivas em nível nacional, regional e municipal. Cabe também aos órgãos reguladores e todas as instalações de saúde, desde centros de saúde primários a grandes hospitais, a promoção da segurança do paciente. Dentre todos os cenários assistenciais, os centros cirúrgicos merecem atenção especial devido ao alto risco inerente a procedimentos invasivos, justificando a criação de instrumentos normativos internacionais para mitigá-los. Há um interesse comum na sociedade civil em assegurar o paciente de eventos evitáveis (OMS, 2021).

Segurança dos centros cirúrgicos

Diante dessa necessidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) direciona, desde 2002, orientações específicas para aprimorar a segurança em procedimentos cirúrgicos, com destaque para as Listas de Verificação (LVSC). Essas diretrizes estruturam-se em quatro pilares fundamentais: prevenção de infecções do sítio cirúrgico; garantia de práticas anestésicas seguras; otimização da comunicação entre a equipe no perioperatório; e implementação de indicadores de qualidade assistencial. Diante disso, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica emerge como instrumento estratégico para reduzir eventos adversos nesses ambientes de alto risco. Embora as complicações cirúrgicas sejam potencialmente controláveis, ressalta-se que os custos associados representam desafio crítico para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, especialmente em contextos de recursos limitados como o SUS (OMS, 2009).

As complicações cirúrgicas tornaram-se centro das discussões sobre segurança do paciente devido à alta ocorrência de cirurgias por ano, muitas complicações observadas e inúmeros óbitos. Os tipos de efeitos adversos mais comuns são: o mau cuidado com o paciente, má administração da medi-

cação e eventos provenientes de procedimentos invasivos. Além disso, ambos, fatores organizacionais e humanos, contribuem para resultados cirúrgicos desfavoráveis, tais como inexperiência da equipe médica, exaustão dos profissionais, tecnologia ultrapassada e deficiência na comunicação entre profissionais e pacientes (OMS, 2009).

Dentre as previsões, indica-se a que intervenção cirúrgica deverá ser realizada em local adequado, utilizando-se o procedimento mais viável ao caso apresentado, a fim de evitar complicação cirúrgica grave. Deve-se realizar uma verificação de segurança do paciente antes da realização de qualquer procedimento, como as condições sanitárias e estruturais do centro cirúrgico. A constatação de qualquer tipo de alergia do paciente deve implicar em pausa da equipe antes do início do procedimento. A falha de comunicação, o planejamento inadequado e a falta de adesão à pausa cirúrgica são as principais causas dos eventos adversos. Isso porque o sucesso de qualquer atividade humana, perpassa a comunicação interpessoal. Normalmente, utilizam-se sinais para facilitar a tarefa de cada membro da equipe em procedimentos. O uso de celulares na sala de cirurgia contrapõe-se à intenção da comunicação efetiva devido à maior propensão à ocorrência de distrações (OMS, 2009).

A indicação cirúrgica e as condições clínicas do paciente são informações que devem ser claras ao serem transmitidas entre os profissionais de saúde. Entretanto, muitas vezes essa não é a realidade. A consequência disso é a de que as falhas de comunicação são o terceiro desafio maior dos problemas enfrentados, sendo enquadradas como uma das principais causas de eventos adversos (The Joint Commission, 2021).

Nota-se que a partir da criação das Listas de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), a comunicação durante os procedimentos cirúrgicos foi facilitada. Como resultado, as taxas de mor-

talidade e de complicações cirúrgicas foram reduzidas. A LVSC foi elaborada pela OMS e é usada em todo o mundo, cuja finalidade é a de padronizar e melhorar a segurança do paciente (OMS, 2021).

Por meio de um estudo internacional multicêntrico realizado por Haynes e outros teóricos, em 2009, em oito hospitais de oito cidades (Toronto, Nova Delhi, Amã, Auckland, Manila, Ifakara, Londres e Seattle) foi aplicada a lista de verificação. Apesar da variedade econômica e cultural dos países analisados, os resultados mostraram-se positivos em relação à aplicação da lista. Observou-se redução da taxa geral de complicações de 11% para 7% e o decréscimo da mortalidade hospitalar de 1,55% para 0,8%. As taxas de infecção do centro cirúrgico e reoperação não planejadas também sofreram um declínio significativo. Esse estudo foi realizado em pacientes em situação de internação [9].

Tal experimento, também considerou o impacto da lista de verificação na cultura de segurança das organizações de saúde. A implantação da lista apresentou grande adesão. Entretanto, afirma-se que somente a adesão não proporciona tantos impactos positivos na cultura da segurança¹⁹⁾. Diante disso, destaca-se que os principais benefícios da LVSC são:

Diminuição do número de falhas de comunicação na sala de cirurgia; Redução do número de complicações decorrentes da cirurgia; Redução do risco de cirurgia no local errado; Desenvolvimento de maior preocupação quanto à segurança por parte da equipe operacional; Melhoria da conformidade ao uso de antibióticos e profilaxia da trombose venosa profunda; Facilitação da comunicação e suporte de memória para tarefas críticas (Sousa; Mendes, 2019, p. 195).

Entretanto, ainda existem questionamentos sobre o real impacto na mortalidade e prevenção dos EAs, em consequência da diferença de metodologias existentes. Entende-se que a situação ideal seria usar as listas desde o momento da internação do paciente até o pós-operatório (Sousa; Mendes, 2019).

No Brasil, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica foi modificada e recebeu o nome de Protocolo para Cirurgia Segura, como item do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O protocolo deve ser aplicado em todos os estabelecimentos de saúde, a começar pela verificação da estrutura desses estabelecimentos, seus insumos, instalações e equipamentos. Os processos de trabalho devem ser verificados, além de ser criada uma estratégia de divulgação e treinamento adequado para todos os profissionais de saúde envolvidos com a utilização da lista de verificação, principalmente em casos de cirurgia e anestesia (Distrito Federal, 2022). A efetividade desse protocolo, no entanto, depende de sua aplicação rigorosa e contextualizada, conforme detalhado a seguir.

Aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

A efetividade das diretrizes descritas anteriormente debatidas depende da correta execução das etapas da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. A conferência dos itens LVSC deve acontecer em três momentos do perioperatório: antes da indução anestésica (sign in), antes da incisão cirúrgica (time out ou parada/paragem cirúrgica) e antes de o paciente sair da sala de operações (sign out). A cada etapa, um único profissional deve fazer a verificação de determinado item da lista, verbalmente e diante todos os membros da equipe cirúrgica. A escolha de um coordenador, seja ele anestesista ou cirurgião, é fundamental para se alcançar bons resultados. A escolha do coordenador deverá ser feita pela equipe, e a

pessoa designada deverá estar familiarizada com a lista (OMS, 2009).

Antes da indução da anestesia, o coordenador precisa conferir os itens da primeira etapa do procedimento cirúrgico. No primeiro momento, o encarregado deverá confirmar verbalmente a identificação do paciente, a pulseira de identificação e seus dados. Os pacientes que forem se submeter a cirurgia devem ter sua identificação em uma pulseira branca, contendo nome completo, idade, data de nascimento e número de prontuário/processo clínico. Os números do quarto ou enfermaria devem ser evitados como possíveis dados de identificação, uma vez que há possibilidades de trocas durante o procedimento. Assim, a identificação do paciente busca assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa determinada (Distrito Federal, 2022).

Verifica-se também o tipo de procedimento que irá ser realizado e a parte do corpo que sofrerá intervenção. O médico da equipe cirúrgica se responsabilizará pela identificação do sítio cirúrgico, antes de o paciente ser encaminhado para a realização do procedimento. Se possível, ela deve ocorrer preferencialmente com o paciente consciente e acordado. A organização deve demarcar o local a ser operado, de forma padronizada, a fim de evitar erros (Distrito Federal, 2022).

Nesse momento, também são apresentados ao paciente os termos de consentimentos necessários para a realização do procedimento, contendo informações sobre a cirurgia, anestesia, e a possibilidade de transfusão de sangue. Ao anestesista fica a responsabilidade da conferência dos itens relacionados à parte anestésica, como a conferência de drogas e equipamentos. Os equipamentos deverão estar aptos para promover a manutenção das vias aéreas, incluindo os ventiladores e o aspirador (Distrito Federal, 2022).

Além disso, deve-se levar em conta o período pós-operatório, como a con-

firmação da disponibilidade de leitos em unidades adequadas, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI pós-operatória)¹ e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI)², se caso necessário. Na lista de verificação, é citado também o uso obrigatório do oxímetro de pulso³ em procedimentos sob sedação. O profissional responsável pela monitoração da oximetria não participará do procedimento, ou seja, a monitoração não será realizada por um anestesista. A capnografia⁴ e os monitores de pressão arterial também devem ser utilizados, permitindo assim a detecção rápida de qualquer anormalidade (Distrito Federal, 2022).

Quando à sedação profunda⁵, só poderá ser efetuada por médico especialista e em ambiente com condições seguras para que ela ocorra. Avalia-se o paciente acerca da existência de alergia a algum medicamento, bem como se suas vias aéreas estão em conformidade com as exigências do procedimento em questão. É imprescindível que o paciente passe antes de qualquer procedimento invasivo por uma consulta pré-anestésica para a identificação de riscos. Essa avaliação prévia resguarda pacientes de alto risco e delimita a necessidade de equipamentos, técnicas e até mesmo de outro profissional

para auxiliar no momento da indução anestésica. Nem sempre esse outro profissional será outro anestesista. A possibilidade de ocorrência de broncoaspiração⁶ também é acompanhada de perto nesses casos (Brasil, 2017).

Após o cumprimento da primeira etapa da lista de verificação, o paciente é encaminhado à sala de operações para a indução da anestesia e/ou execução da sedação profunda. Nessa etapa, estima-se a possibilidade do nível de perda sanguínea, se o acesso venoso é compatível com o fluxo de reposição necessário e avalia-se qual o fluido necessário, se soluções ou hemocomponentes. Quanto aos limites de perda sanguínea, estima-se 500 ml/kg para adultos e 7 ml/kg para pacientes pediátricos, os quais limites determinarão a escolha de acesso venoso (Brasil, 2017).

O uso de hemocomponentes tem alto custo para o SUS, isso porque necessita de tecnologia de ponta, de recursos humanos especializados, e seu fornecimento está sujeito à doação voluntária. Sendo assim, sua utilização deve ser racionalizada, considerando a segurança do doador, receptor e seu acesso. Para isso, o Ministério da Saúde tem diversas publicações de diretrizes voltadas para os profissionais de saúde, como um auxílio na escolha do

momento e do hemocomponente mais adequado para uma transfusão (Brasil, 2015).

A incisão cirúrgica, procedimento que corresponde a abertura de parte do corpo do paciente para realizar uma intervenção cirúrgica, também requer cuidados específicos para garantir a segurança do paciente e do profissional de saúde. A escolha da técnica adequada e a esterilização dos instrumentos cirúrgicos a serem utilizados, como bisturis, tesouras, pinças e afastadores, têm como finalidade garantir a assepsia, prevenir infecções e danos aos tecidos circundantes do paciente. Para dar início à incisão cirúrgica, marca-se a região a ser operada, seguida da assepsia da pele e a aplicação de anestesia local ou geral, dependendo da situação. Os cuidados requeridos da incisão cirúrgica não se limitam ao período pré-operatório. No pós-operatório, o paciente deverá manter a região da incisão limpa e protegida, a fim de prevenir infecções e garantir uma cicatrização adequada (SBIBAE, 2014).

Justamente nesses ambientes de alta complexidade onde falhas podem ter consequências graves, a segurança do paciente torna-se uma prioridade não negociável. À vista disso, a pausa cirúrgica é definida como o momento ideal para se confirmar a realização da profilaxia antimicrobiana ocorrida há 30-60 minutos, se necessária. O cirurgião apresentará, nesse momento, a possibilidade de algum evento crítico durante a cirurgia. O anestesista poderá apresentar suas considerações sobre a indução da anestesia e suas preocupações relativas a possíveis doenças coexistentes como a hipertensão e diabetes. O instrumentador deve confirmar se houve a esterilização completa e segura do material. Ainda nesta etapa, realiza-se a verificação da disposição dos exames de imagem indispensáveis à realização da cirurgia na sala de operações. Por fim, inicia-se a cirurgia (SBIBAE, 2014).

A terceira e última etapa da lista

¹ Área especializada dentro de um hospital destinada a monitorar e cuidar de pacientes que passaram por procedimentos cirúrgicos, especialmente os de maior complexidade, oferecendo suporte e cuidados durante a fase de recuperação.

² Setor hospitalar que oferece assistência a pacientes que necessitam de um nível de cuidado mais intensivo do que um leito de enfermaria comum, mas que não atingem a gravidade ou a instabilidade dos pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Essas unidades são voltadas para pacientes, que requerem atenção contínua de enfermagem, recursos humanos especializados e tecnologias para diagnóstico e terapia.

³ Dispositivo médico que mede a saturação de oxigênio no sangue e a frequência cardíaca de forma não invasiva.

⁴ Técnica de monitoramento que mede a concentração ou pressão parcial de dióxido de carbono (CO₂) expirado pelo paciente, fornecendo informações valiosas sobre a ventilação, perfusão e metabolismo. É amplamente utilizada em anestesia, terapia intensiva e emergências médicas para avaliar a eficácia da ventilação, confirmar a posição do tubo endotraqueal e detectar complicações respiratórias.

⁵ É um estado farmacologicamente induzido de consciência deprimida, no qual o paciente não é facilmente despertado e pode ter uma perda parcial ou total dos reflexos protetores, reagindo apenas a estímulos dolorosos. É um procedimento seguro quando realizado por profissionais qualificados, como anestesiológicos, e é utilizado em situações que exigem um estado de imobilidade e ausência de dor, como endoscopias, colonoscopias, biópsias e pequenas cirurgias.

⁶ É a entrada de substâncias, como alimentos, saliva ou vômito, nas vias aéreas inferiores (traqueia e pulmões), em vez de seguir para o esôfago e estômago

de verificação ocorre com o paciente ainda no centro cirúrgico. O instrumentador deve confirmar a compatibilidade entre a contagem final e inicial de instrumentos. No caso de qualquer inconsistência, toda a equipe cirúrgica deve ser imediatamente alertada. A correta rotulagem de eventuais amostras de material biológico coletados durante o procedimento cirúrgico, também deve ser prioridade da equipe médica, visto que previne diagnósticos errôneos. Todos os eventos presenciados durante o procedimento, como perdas sanguíneas, o controle de dor aguda e outras preocupações, devem ser descritas no prontuário do paciente. O objetivo é resguardar o paciente durante a transferência de cuidado, condição essencial para a efetividade do SUS como sistema integrado (SBIBAE, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado na aplicação da LVSC, o SUS consolida-se como principal garantidor da segurança do paciente no Brasil. Contudo, seu potencial de atender 190 milhões de pessoas anualmente esbarra em desafios estruturais aqui analisados. Seu acesso de forma integral, universal e gratuita para toda a população tornou-se um direito inalienável, com ênfase na prevenção e na promoção da saúde. No entanto, há anos têm se observado uma queda dos gastos públicos com a saúde pública devido a aplicação de medidas de austeridade fiscal, ocasionadas por mudanças políticas no país.

Torna-se urgente a reconfiguração do arranjo federativo, fiscal e distributivo do Estado. Afinal, o financiamento deve ser compatível com as necessidades locais de cada paciente. Para que os desfechos assistenciais no SUS apresentem melhorias significativas, os processos de mudanças estruturais e técnicas precisam ser introduzidas. Conforme proposto na hipótese deste estudo, a combinação da LVSC com treinamento

contínuo e alocação adequada de recursos financeiros mostra-se promissora para mitigar riscos. As perspectivas dos profissionais multidisciplinares, da liderança, da gestão, e do próprio paciente, devem estar alinhadas. Os profissionais devem ser capacitados e terem o apoio organizacional necessário para a implementação das Listas de Verificação.

As vantagens associadas a implantação das LVSC nas organizações são reais, mas dificilmente alcançáveis. Quando os recursos financeiros são limitados e há falta de comprometimento de toda equipe de profissionais, a revisão e organização de todos os processos se torna inexistente. A revisão de todos os itens da LVSC é indispensável, porém, isso não exclui a possibilidade de adaptações diante diferentes cenários existentes no país.

Levando em conta que as complicações cirúrgicas são uma das causas mais comuns de morte e incapacidade humana, sua prevenção através da aplicação da LVSC em diferentes grupos e instituições do mundo, como discutido, foi percebida como efetiva. Assim, a fim de promover também a cultura de segurança do paciente, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica deve fazer parte da cultura cirúrgica. No entanto, existem obstáculos organizacionais, interpessoais, culturais que incluem o tempo gasto na verificação dos itens, a falta de comunicação entre os profissionais e a in experiência profissional.

Se bem implementada, a LVSC representa uma inovação disruptiva ao substituir práticas médicas fragmentadas por protocolos sistêmicos. Mesmo assim, caso a lista não seja utilizada corretamente, os efeitos produzidos serão negativos, aumentando a insegurança do paciente. Quando mal aplicada – por distração da equipe, momento inadequado de verificação ou resistência profissional –, a LVSC pode aumentar riscos. O mero cumprimento formal em auditorias não garante segurança. Portanto, em resposta à pergunta inicial

deste artigo, as evidências apontam que a estratégia mais viável para melhorar a prática assistencial é a implementação obrigatória da LVSC, com adaptações regionais supervisionadas pelo Ministério da Saúde, vinculada a dotação orçamentária específica para capacitação de equipes, tecnologia e governança colaborativa entre as esferas do SUS.

Alguns exemplos da má aplicação mencionada são distração da equipe nos processos de segurança, momento inadequado para a verificação dos itens ou resistência de algum profissional à sua aplicação. O mero cumprimento de requisitos previstos na LVSC em auditorias/revisões não garante a total segurança do paciente e resultados favoráveis. Outros fatores limitantes da sua implementação são a grande rotatividade de funcionários e ausência de treinamentos qualificados, além da ausência de sistemas de alta tecnologia, os quais deveriam ser ofertados aos cirurgiões e anestesistas.

Este estudo demonstrou que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, quando integrada a políticas de educação permanente e financiamento adequado, tem potencial para transformar a segurança perioperatória no SUS. A sustentabilidade dessa transformação, contudo, exige compromisso político, coordenação federativa e valorização dos profissionais de saúde, elementos fundamentais para que o princípio constitucional da integralidade se materialize em ambientes cirúrgicos seguros e dignos.

Referências

- [2] Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.174, de 2017 (Relator Alexandre de Menezes Rodrigues). Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. Diário Oficial da União. 2018 fev 27;Seção 1:82.
- [3] Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2016. 68 p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
- [4] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia para uso de hemocomponentes. 2a ed, 1a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 136 p.
- [5] Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [202-]. Disponível em: . Acesso em: 2025 ago 1.
- [6] Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. Rev Esc Enferm USP. 1990 dez;24(3):359–70.
- [7] Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.174/2017: dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. Diário Oficial da União. 2018 fev 27;Seção 1:82.
- [8] Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BR). Protocolo de Atenção à Saúde: Segurança do Paciente - Cirurgia Segura. Portaria SES-DF n. 470, de 19 de julho de 2022. Diário Oficial do Distrito Federal. 2022 jul 25;(138). Disponível em: . Acesso em: 2025 ago 3.
- [9] Frasnão G, Ribeiro K. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Saúde Explica [Internet]. 2022 mar 28 [atualizado 2022 nov 3]. Disponível em: . Acesso em: 2025 ago 1.
- [10] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009 jan 29;360(5):491–9. Disponível em: . Acesso em: 2025 ago 1.
- [11] Oliveira AL, Conte LN. O Conselho Nacional de Saúde e a luta do financiamento. In: Nascimento CF, Bitencourt RR, Coelho Conte LN, organizadores. O financiamento do SUS: uma luta do controle social. Porto Alegre: Rede Unida; 2021. p. 21–31. (Série Participação Social & Políticas Públicas; v. 11). E-book.
- [12] Organização Mundial da Saúde. Orientações da OMS para a cirurgia segura: cirurgia segura salva vidas. Edição em português. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2009. 195 p.
- [13] Organização Mundial da Saúde. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030: em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: OMS; 2021. 107 p. Disponível em: . Acesso em: 2025 ago 1.
- [14] Pereira BLS, Oliveira AL, Souza LE, Santos RF, Nascimento CF, Bitencourt RR, et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde. In: Pereira BLS, et al. Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios. Brasília: Conass; 2025.
- [15] Rocha RC, Bezerra ALQ, Sousa PAF, Souza DLB. Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03774.
- [16] Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Manual de prevenção de infecção de sítio cirúrgico. Zero Infecção. São Paulo: SBIBAE; 2014. Disponível em: . Acesso em: 2025 ago 1.
- [17] Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [recurso eletrônico]. 2a ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: CDEAD/ENSP; Editora Fiocruz; 2019. 524 p.
- [18] Souza LE, Oliveira AL, Santos RF. A luta pelo financiamento adequado do sistema universal de saúde no Brasil. In: Nascimento CF, Bitencourt RR, Coelho Conte LN, organizadores. O financiamento do SUS: uma luta do controle social. Porto Alegre: Rede Unida; 2021. p. 45–52. (Série Participação Social & Políticas Públicas; v. 11). E-book.
- [19] The Joint Commission. Improving America's hospitals: The Joint Commission's annual report on quality and safety 2012. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2012. 45 p.