



Segurança do Paciente no Transoperatório: do Protocolo à Prática Real

Por Juliana Rocha

Enfermeira | Sálvia Projetos Educacionais

Atualização técnica e editorial: 2026

Entre a entrada do paciente no Centro Cirúrgico e sua saída da sala operatória existe um período de alta complexidade no qual cada decisão, cada checagem e cada cuidado podem funcionar como uma barreira contra o dano.

O Centro Cirúrgico é um dos ambientes de maior complexidade dentro de uma instituição de saúde.

Tecnologia avançada, equipamentos, instrumentais, medicamentos, equipes multiprofissionais e pacientes com diferentes condições clínicas coexistem em um cenário no qual decisões precisam ser tomadas com precisão, coordenação e, muitas vezes, em poucos minutos.

Em meio a toda essa tecnologia, porém, existe um princípio que nunca pode ser perdido:

| No centro de cada processo existe um paciente.

É justamente durante o período transoperatório que diferentes riscos podem coexistir: anestesia, posicionamento, uso de equipamentos, administração de medicamentos, manutenção da técnica asséptica, perdas sanguíneas, controle da temperatura, contagem cirúrgica, identificação de espécimes, comunicação e transferência do cuidado.

Segurança, portanto, não pode depender exclusivamente da experiência ou da atenção individual. Ela precisa ser construída por meio de planejamento, protocolos, avaliação de riscos, comunicação efetiva, trabalho em equipe e cultura de segurança.

O Bloco Operatório como ambiente de alta complexidade

O Bloco Operatório ultrapassa o conceito de um conjunto de salas destinadas à realização de procedimentos cirúrgicos.

Trata-se de um sistema especializado no qual infraestrutura, tecnologia, profissionais, materiais, equipamentos e processos precisam funcionar de maneira coordenada.

Para a enfermagem perioperatória, esse cenário exige competências que combinam raciocínio clínico, conhecimento técnico, gestão de recursos, comunicação e tomada de decisão.

O enfermeiro participa desse sistema desde o planejamento da assistência até a transferência segura do paciente após o procedimento.

Por isso, compreender o Bloco Operatório significa compreender não apenas sua estrutura física, mas sobretudo como os processos se relacionam com os riscos e com a segurança do paciente.

Estrutura física e fluxos também são barreiras de segurança

A organização física de um Centro Cirúrgico deve favorecer os processos assistenciais, a circulação controlada e a movimentação segura de pacientes, profissionais, equipamentos e materiais.

A RDC Anvisa nº 50/2002, ainda utilizada oficialmente como referência em 2026, estabelece o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. A norma também determina que projetos considerem outras exigências federais, estaduais, municipais e normas complementares aplicáveis.

Em ambientes cirúrgicos, a organização das áreas deve considerar o controle de circulação e os requisitos de cada ambiente.

A estrutura física precisa favorecer o processo assistencial e reduzir oportunidades de risco.

Quanto maior a complexidade e o volume cirúrgico, maior a necessidade de coordenar pacientes, equipes, equipamentos, produtos esterilizados, instrumentais utilizados, resíduos e serviços de apoio.

Fluxos precisam ser planejados

Pessoas, materiais limpos, produtos esterilizados, instrumentais utilizados e resíduos percorrem trajetórias distintas.

Esses fluxos devem ser organizados para reduzir cruzamentos inadequados e facilitar o controle dos processos.

Isso não significa que todo Centro Cirúrgico precise possuir necessariamente um modelo arquitetônico idêntico ou “corredor limpo e corredor sujo”.

O princípio mais importante é que o projeto e os processos sejam compatíveis com a prevenção de contaminação, a logística institucional e as exigências sanitárias aplicáveis.

O Centro Cirúrgico não funciona sozinho

A segurança cirúrgica depende de uma rede de setores. Entre eles podem estar:

- Centro de Material e Esterilização - CME
- Farmácia
- Anatomia patológica
- Hemoterapia
- Diagnóstico por imagem
- Laboratório
- Unidades de terapia intensiva
- Manutenção e engenharia clínica
- Serviços de higiene
- Gerenciamento de resíduos

Nenhuma sala operatória é uma ilha.

Uma falha logística pode repercutir diretamente na assistência: um instrumental indisponível, um equipamento não testado, uma informação não transmitida ou um espécime identificado incorretamente. Cada interface precisa ser tratada como parte do sistema de segurança.

O que é o período transoperatório?

A experiência cirúrgica pode ser organizada em diferentes períodos, que se conectam e não devem ser compreendidos como etapas isoladas.

No contexto deste artigo, o transoperatório compreende o período que se inicia com a recepção do paciente no Centro Cirúrgico e acompanha sua trajetória até a saída da sala operatória.

É um intervalo relativamente curto quando comparado a toda a jornada cirúrgica, mas extremamente intenso. Nesse período concentram-se diversas intervenções potencialmente críticas.

O objetivo da assistência é contribuir para que o procedimento anestésico-cirúrgico seja realizado com segurança, eficiência, continuidade do cuidado e redução dos riscos evitáveis.

Segurança começa antes da entrada do paciente na sala

Uma cirurgia segura não começa na incisão. Ela começa no planejamento.

Quem é o paciente que receberá nosso cuidado? Quais são os riscos específicos deste paciente?

Essas perguntas mudam a assistência. O planejamento permite antecipar necessidades relacionadas a equipamentos, materiais, posicionamento, anestesia, monitorização, dispositivos, condição clínica, alergias, risco de sangramento, riscos relacionados à pele e ao posicionamento, recursos humanos e necessidades específicas do procedimento.

O planejamento da cirurgia começa antes da entrada do paciente na sala operatória.

Planejar não significa prever todas as intercorrências. Significa reduzir aquilo que poderia se transformar em uma surpresa evitável.

O enfermeiro como articulador da assistência transoperatória

O enfermeiro ocupa posição estratégica na integração entre paciente, ambiente, equipe e recursos. Sua atuação envolve planejamento da assistência, organização dos recursos, gerenciamento de riscos, supervisão e participação direta no cuidado.

No Brasil, o dimensionamento e a organização da equipe de enfermagem em Centro Cirúrgico continuam sendo objeto de referenciais próprios do Cofen. O Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen estabelece parâmetros específicos para dimensionamento no Centro Cirúrgico, incluindo porte cirúrgico, preparo da sala, tempo entre procedimentos e demandas da RPA.

Ao receber o paciente, o profissional tem uma nova oportunidade de avaliação. Informações precisam ser confirmadas, riscos precisam ser reconhecidos e o planejamento precisa ser confrontado com a situação clínica real daquele momento.

A sala está pronta para este paciente?

Preparação da sala: segurança antes do procedimento

A preparação da sala operatória deve considerar o procedimento programado e as necessidades específicas do paciente.

- especialidade cirúrgica
- características do procedimento
- equipamentos necessários
- sistemas de anestesia e monitorização
- instrumentais
- produtos esterilizados
- medicamentos
- acessórios de posicionamento
- dispositivos específicos
- disponibilidade da equipe

Equipamentos críticos devem ser conferidos conforme protocolos institucionais e instruções dos fabricantes. Materiais devem estar disponíveis antes do início do procedimento sempre que possível.

Construir um ambiente capaz de responder ao procedimento e aos riscos previamente identificados.

Quando o paciente entra na sala operatória

A entrada na sala representa um momento de vulnerabilidade. O paciente passa a estar cercado por profissionais, equipamentos e intervenções que muitas vezes não conhece.

Em poucos minutos, pode perder temporariamente sua capacidade de comunicar desconforto, mobilizar-se e participar ativamente das decisões.

Antes de existir um procedimento, existe uma pessoa confiando temporariamente sua consciência, sua mobilidade e sua segurança a uma equipe.

Cirurgia segura: da lista de verificação ao comportamento da equipe

A iniciativa Safe Surgery Saves Lives, da Organização Mundial da Saúde, consolidou princípios que permanecem centrais na segurança cirúrgica.

A OMS mantém o Surgical Safety Checklist, estruturado para reforçar práticas de segurança e melhorar comunicação e trabalho em equipe. O Ministério da Saúde, por sua vez, mantém em 2026 o Protocolo de Cirurgia Segura entre seus protocolos oficiais de segurança do paciente.

As orientações brasileiras reforçam três etapas essenciais: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente deixar a sala de cirurgia.

Antes da indução anestésica

Nesse momento, a equipe deve confirmar elementos essenciais relacionados à identificação e aos riscos do paciente, incluindo identidade, procedimento, sítio, consentimento, marcação do local quando aplicável, alergias, avaliação de via aérea, risco de sangramento e avaliação dos recursos anestésicos pertinentes.

Antes da incisão

O Time Out é uma pausa coletiva. A equipe confirma novamente aspectos essenciais e compartilha informações críticas antes de iniciar a etapa irreversível do procedimento.

Antes da saída da sala

O terceiro momento inclui verificações relacionadas ao procedimento realizado, contagens, identificação de espécimes, eventuais problemas com equipamentos e informações essenciais para continuidade do cuidado.

| Checklist preenchido não é necessariamente checklist realizado.

O checklist funciona quando as pessoas realmente param, escutam e confirmam. Seu sucesso depende de engajamento da equipe, liderança, treinamento, participação multiprofissional, feedback e adaptação local.

Os objetivos essenciais da cirurgia segura permanecem atuais

- paciente e sítio corretos
- segurança anestésica
- reconhecimento de risco de via aérea
- preparação para perdas sanguíneas
- prevenção de reações medicamentosas evitáveis
- prevenção de infecção do sítio cirúrgico
- prevenção de retenção inadvertida de itens
- identificação correta de espécimes
- comunicação efetiva
- monitoramento da atividade e dos resultados cirúrgicos

Posicionamento cirúrgico: necessidade operatória e risco assistencial

O posicionamento é necessário para proporcionar acesso adequado ao sítio operatório, mas pode expor o paciente a riscos. Durante anestesia, mecanismos protetores estão reduzidos ou ausentes e o paciente pode não perceber pressão, dor, compressão ou alterações relacionadas ao posicionamento.

| Acesso cirúrgico + função fisiológica + proteção neurológica + integridade musculoesquelética + proteção da pele.

A AORN Guidelines for Perioperative Practice 2026 mantém o posicionamento seguro e a prevenção de lesões por pressão entre os temas centrais das boas práticas perioperatórias.

O posicionamento deve ser individualizado considerando condição clínica, procedimento, duração prevista, anestesia, superfícies de suporte, dispositivos, mobilidade, idade, comorbidades, características anatômicas e riscos específicos do paciente.

ELPO: transformar risco em decisão clínica

A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico - ELPO foi desenvolvida e validada no Brasil para apoiar a avaliação de pacientes adultos.

- Tipo de posição cirúrgica
- Tempo de cirurgia
- Tipo de anestesia
- Superfície de suporte
- Posição dos membros
- Comorbidades
- Idade

Cada componente possui cinco níveis, e a pontuação total varia de 7 a 35 pontos. A classificação utilizada na literatura da ELPO considera 7 a 19 pontos como menor risco e 20 a 35 pontos como maior risco.

A finalidade da ELPO não é produzir um número. É provocar uma intervenção preventiva.

Escalas ajudam a estruturar a avaliação, mas não substituem julgamento clínico

- ELPO - risco relacionado ao posicionamento cirúrgico.
- Índice de Aldrete e Kroulik - avaliação de recuperação pós-anestésica, conforme critérios adotados institucionalmente.
- Escala de Bromage - avaliação do bloqueio motor após anestesia regional.
- Classificação ASA Physical Status - classificação do estado físico no contexto anestésico.
- Escalas de dor - avaliação estruturada da intensidade da dor.

Em pacientes pediátricos, instrumentos específicos podem ser adotados segundo idade, contexto clínico e protocolo institucional. A utilização de qualquer instrumento precisa observar validação, população-alvo e regras da própria instituição.

A escala organiza o raciocínio. Não substitui a avaliação clínica.

Vigilância durante o procedimento

- acompanhamento da condição clínica
- assistência à equipe anestésica e cirúrgica

- manutenção da técnica asséptica
- atenção às perdas sanguíneas
- acompanhamento de infusões e drenagens
- controle de materiais
- monitoramento da temperatura
- manutenção da segurança ambiental
- registro adequado das informações

A enfermagem atua continuamente para reconhecer alterações e preservar barreiras de segurança.

Segurança no uso da eletrocirurgia

Dispositivos de energia são parte frequente da prática cirúrgica moderna. A segurança não deve ser reduzida à simples ideia de “colocar a placa do bisturi”.

Sistemas monopolares podem utilizar eletrodo dispersivo, enquanto outras tecnologias e configurações possuem princípios diferentes.

- tipo de dispositivo
- instruções do fabricante
- características do paciente
- local de aplicação quando houver eletrodo dispersivo
- integridade da pele
- presença de implantes ou dispositivos
- risco de queimadura
- presença de soluções inflamáveis
- risco relacionado à fumaça cirúrgica
- treinamento da equipe

A AORN Guidelines 2026 inclui o uso seguro de dispositivos de energia cirúrgica entre suas áreas de atualização.

Normotermia: prevenir antes que a hipotermia apareça

A manutenção da temperatura corporal é outro componente importante da assistência perioperatória. O risco deve ser avaliado e a temperatura monitorada de acordo com características do paciente, tipo de anestesia, duração e complexidade do procedimento e protocolos institucionais.

Prevenir a perda de calor costuma ser mais eficiente do que tentar corrigi-la depois que a hipotermia já está instalada.

Prevenção da Infecção de Sítio Cirúrgico: atualização 2026

A Anvisa mantém em 2026 um Protocolo de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico, reforçando que a prevenção deve ser abordada de maneira integrada e não limitada a um único momento.

- técnica asséptica

- preparo apropriado da pele
- antibioticoprofilaxia conforme indicação e protocolo
- manutenção da normotermia
- controle glicêmico em pacientes indicados
- redução de práticas desnecessárias que aumentem risco de contaminação
- manejo adequado dos materiais e do ambiente

Contagem cirúrgica: cada item precisa ser conhecido

A retenção não intencional de itens cirúrgicos permanece uma preocupação importante de segurança. A AORN 2026 mantém recomendação específica para prevenção de itens cirúrgicos retidos e enfatiza a necessidade de práticas de contagem padronizadas e consistentes.

- compressas
- gazes
- agulhas
- instrumentais
- pequenos itens
- outros materiais capazes de permanecer inadvertidamente no paciente

Comunicar → repetir a contagem → procurar → investigar → resolver → documentar.

Nenhuma pressão de tempo transforma uma contagem incorreta em uma contagem aceitável.

Espécimes cirúrgicos: identificação é uma barreira clínica

O gerenciamento de espécimes cirúrgicos faz parte da segurança transoperatória. Amostras devem ser identificadas e encaminhadas de acordo com procedimentos institucionais, reduzindo risco de troca, perda ou associação ao paciente incorreto.

Uma cirurgia tecnicamente correta pode gerar um grave dano se o espécime for identificado incorretamente.

O término da cirurgia ainda é um período de risco

Quando o procedimento termina, a atenção não pode desaparecer. O paciente continua vulnerável.

- remoção segura dos campos
- proteção da pele
- manutenção da temperatura
- curativos
- reposicionamento
- manejo dos dispositivos
- avaliação das condições clínicas
- registros
- preparação para transporte e recuperação

| O final da cirurgia precisa ser tão organizado quanto o início.

A saída da sala precisa ser tão segura quanto a entrada

- permeabilidade das vias aéreas
- ventilação e oxigenação
- nível de consciência
- condição hemodinâmica
- dor
- sangramento
- infusões
- drenos
- integridade da pele
- dispositivos
- intercorrências relevantes

A transferência também precisa preservar segurança física, continuidade dos dispositivos e comunicação das informações.

Comunicação na transferência: onde termina uma equipe e começa a outra

A passagem do paciente para a recuperação pós-anestésica ou outra unidade não pode ser tratada apenas como transporte. É uma transferência de responsabilidade assistencial.

- procedimento realizado
- anestesia utilizada
- alergias
- intercorrências
- perdas
- medicamentos relevantes
- dispositivos
- drenos
- condições da pele
- posicionamento
- dor
- necessidades de monitoramento
- riscos identificados

| Comunicação não encerra a assistência. Ela garante sua continuidade.

Depois que o paciente sai, a segurança continua

O término da assistência direta ao paciente não encerra o processo da sala operatória. Instrumentais utilizados precisam seguir o fluxo definido para processamento, perfurocortantes

devem ser descartados de forma segura, resíduos devem ser segregados conforme a regulamentação aplicável, equipamentos precisam ser reorganizados e a sala deve passar pelo processo de limpeza correspondente antes do próximo procedimento.

A segurança do próximo paciente começa no encerramento correto do procedimento anterior.

Do protocolo à prática real

Protocolos são indispensáveis. Checklists são ferramentas valiosas. Escalas ajudam a reconhecer riscos. Normas estruturam processos. Mas nenhum desses recursos produz segurança sozinho.

É necessário compreender por que cada barreira existe. Quando o protocolo é tratado apenas como obrigação, existe risco de surgirem atalhos. Quando a equipe entende seu propósito, aumenta a capacidade de reconhecer situações de risco e agir antes que o dano aconteça.

Esse é o ponto em que o protocolo se transforma em prática real.

O checklist não substitui o pensamento clínico

O checklist foi criado para reforçar práticas seguras e melhorar o trabalho em equipe e a comunicação. Ele não substitui raciocínio clínico, treinamento, supervisão ou comunicação. Sua função é criar uma estrutura capaz de reduzir a dependência exclusiva da memória individual.

O checklist não substitui a atenção da equipe. Ele organiza a atenção da equipe.

Segurança exige uma equipe capaz de falar

Uma das barreiras mais importantes não está em nenhum equipamento. Está na comunicação.

Um ambiente seguro precisa permitir que qualquer profissional identifique um risco e comunique sua preocupação.

- “Há uma divergência.”
- “Ainda não confirmamos o sítio.”
- “A contagem não confere.”
- “O posicionamento precisa ser revisto.”
- “O equipamento apresentou falha.”

Essas frases não representam atraso. Representam segurança.

Uma equipe de alta confiabilidade não é aquela que nunca encontra problemas. É aquela que consegue reconhecer o problema e responder antes que ele alcance o paciente.

Para levar para a prática

Os riscos específicos deste paciente foram identificados antes do início?

A sala estava preparada para aquele paciente e aquele procedimento?

O checklist representou uma pausa verdadeira?

O posicionamento foi planejado e reavaliado?

A ELPO ou outra estratégia de avaliação de risco foi utilizada quando indicada?

Os equipamentos necessários foram conferidos?

A técnica asséptica foi preservada?

A temperatura foi monitorada e protegida?

Os itens cirúrgicos foram contabilizados segundo o protocolo?

Os espécimes foram identificados com segurança?

As intercorrências foram registradas?

As informações essenciais foram transmitidas na transferência?

Se alguma resposta for “não”, “não sei” ou “depende de quem está na sala”, existe uma oportunidade concreta de melhoria.

Conclusão

Segurança do paciente no transoperatório não nasce de uma única intervenção. Ela é construída por uma sequência de barreiras.

Começa no planejamento. Passa pela preparação do ambiente. Continua na identificação, no checklist, na anestesia, no posicionamento, na técnica asséptica, na vigilância, no controle térmico, no manejo seguro de equipamentos, na contagem, na identificação de espécimes e na comunicação.

E permanece necessária até que o paciente seja transferido com segurança e todas as informações relevantes tenham sido compartilhadas.

Transformar protocolo em comportamento; checklist em comunicação; escala em intervenção; conhecimento em decisão; e segurança em cultura.

Por isso, talvez a melhor pergunta ao final de cada procedimento não seja “Cumprimos o protocolo?”, mas “As barreiras que utilizamos hoje tornaram este paciente realmente mais seguro?”

Porque, no transoperatório, segurança não é apenas aquilo que está escrito no protocolo. É aquilo que a equipe consegue efetivamente entregar ao paciente.

Sobre a autora

Juliana Rocha é enfermeira de bloco operatório e educadora com atuação voltada à qualificação de profissionais do Bloco Operatório e ao desenvolvimento das boas práticas em enfermagem perioperatória.

Seu trabalho integra conhecimento técnico, segurança do paciente, qualidade assistencial e aplicação prática dos princípios relacionados ao cuidado cirúrgico.

À frente da Sálvia Projetos Educacionais, desenvolve conteúdos, cursos, treinamentos, mentorias e projetos educacionais direcionados ao aprimoramento profissional e à transformação do conhecimento em prática segura.

| **Sálvia Projetos Educacionais - Conhecimento que transforma a prática.**

Referências Técnicas

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para Cirurgia Segura. Referência oficial de segurança do paciente.

ANVISA. Protocolo de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico. Conteúdo oficial atualizado em 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Saves Lives; Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist.

SOBECC. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. 8ª edição. São Paulo: SOBECC, 2021.

AORN. Guidelines for Perioperative Practice - 2026 Edition.

LOPES, C. M. M. Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico: construção e validação. Universidade de São Paulo.

NASCIMENTO, F. C. L.; RODRIGUES, M. C. S. Risco para lesão no posicionamento cirúrgico: validação de escala em hospital de reabilitação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2020.

COFEN. Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen. Parâmetros para dimensionamento de profissionais de enfermagem, incluindo Centro Cirúrgico e RPA.