

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA À LUZ DA RDC 36/2013: UMA ANÁLISE DE AVANÇOS, LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Isabella Freitas Gomes de Matos¹
Manoella Vitoria dos Santos Souza¹
Ariany Aparecida Salgado Brandão de Oliveira²

arianybrandao21@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da saúde

RESUMO

Após a Organização Mundial da Saúde instituir a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, a segurança do paciente passou a ser considerada uma prioridade nos serviços de saúde. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013, que estabelece ações obrigatórias para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e para a execução de protocolos de segurança, incluindo o de cirurgia segura. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar as práticas de segurança voltadas à cirurgia segura, relacionando as recomendações da OMS, as especificações da RDC nº 36/2013. Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, com base em estudos publicados em bases como o SciELO, LILACS, PubMed e periódicos especializados em saúde coletiva, enfermagem e segurança do paciente. Os resultados indicam avanços na adesão ao checklist de cirurgia segura e nos indicadores de antibioticoprofilaxia; contudo, também evidenciam fragilidades no registro completo das informações, na capacitação das equipes e na estruturação do Núcleo de Segurança do paciente. Conclui-se que a consolidação da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 depende do fortalecimento da cultura de segurança, da destinação adequada de recursos e da articulação entre gestores, profissionais de saúde e órgãos fiscalizadores.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia; protocolo de segurança do paciente; ANVISA; segurança do paciente; lista de checklist.

1 INTRODUÇÃO

No início dos anos 2000, a segurança do paciente tornou-se um dos pilares centrais da atenção em saúde, especialmente no contexto hospitalar, onde os riscos relacionados a procedimentos invasivos se intensificam. Esse movimento consolidou-

¹Acadêmicas do 7º período de Enfermagem do Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX.

²Enfermeira Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Planejamento e Gestão da Saúde e Docência do Ensino Superior, Professora dos cursos de Enfermagem e Medicina do Centro Universitário Vértice- UNIVÉRTIX.

se após a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituir a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (Brasil, 2014).

Assim, a cirurgia desempenha papel de destaque devido à complexidade envolvida, à necessidade de integração multiprofissional e às possíveis falhas. Essa situação levou organismos internacionais e nacionais a estabelecer diretrizes e protocolos para garantir práticas seguras e reduzir os índices de eventos adversos. Dessa forma, em 2008, a OMS lançou a iniciativa "Cirurgia Segura Salva Vidas", buscando difundir recomendações universais para o cuidado cirúrgico, baseadas em evidências científicas e em experiências de campo (OMS, 2009).

Esse documento tornou-se referência internacional e incentivou países a adotarem políticas públicas voltadas para a padronização de medidas preventivas e de controle de riscos. No Brasil, o Ministério da Saúde incorporou as recomendações da OMS ao instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013, com regulamentações que deram suporte à implementação de práticas seguras, destacando-se a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 (RDC 36/2013) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Brasil, 2013).

Essa resolução estabelece ações obrigatórias quanto à promoção da segurança nos serviços de saúde, inserindo protocolos específicos e indispensáveis para a execução de uma cirurgia segura.

A RDC 36/2013 define a obrigatoriedade de implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos ambientes de saúde, os quais devem elaborar e executar planos de ações alinhados aos protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde (ANVISA, 2025).

Tais protocolos almejam reduzir a incidência de erros relacionados à identificação de pacientes, ao local cirúrgico, à técnica empregada e ao monitoramento pré-operatório. Dessa maneira, a segurança cirúrgica configura-se como uma prática multifacetada, envolvendo a comunicação efetiva entre equipes, o uso de instrumentos padronizados como checklists, e a adesão a rotinas previamente definidas (ANVISA, 2025; Viana, Moraes & Sanches, 2021).

Portanto, essa integração busca a prevenção de eventos adversos e o fortalecimento de uma cultura organizacional de segurança nos serviços de saúde. De

acordo com a OMS, milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados anualmente, o que reforça a necessidade de políticas consistentes, capazes de sistematizar práticas assistenciais e promover maior confiabilidade nos processos cirúrgicos (Viana, Moraes & Sanches, 2021; Râbêlo *et al.*, 2023).

No Brasil, a implementação dos protocolos do Ministério da Saúde encontra desafios relacionados à infraestrutura hospitalar, à capacitação de profissionais e à adesão das equipes às rotinas propostas (Viana, Moraes & Sanches, 2021; Râbêlo *et al.*, 2023). Embora haja esse cenário, quando corretamente aplicadas, as práticas derivadas da RDC 36/2013 contribuem significativamente para a redução de eventos adversos e para a qualificação da assistência cirúrgica.

O protocolo de cirurgia segura previne erros técnicos e administrativos, atuando como uma estratégia essencial de comunicação multiprofissional. Ao envolver cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos, ele promove um ambiente colaborativo em que cada etapa do procedimento é cuidadosamente validada, fortalecendo a responsabilidade coletiva pela segurança do paciente (Râbêlo *et al.*, 2023).

Convém destacar, ainda, que as práticas de segurança cirúrgica estão diretamente ligadas ao direito do paciente à assistência de qualidade e livre de danos. Desse modo, a medida citada transcende o âmbito técnico, inserindo-se em um contexto ético e político na atenção à saúde, sem substituir o julgamento clínico dos profissionais, mas fortalecendo-o ao garantir maior previsibilidade e segurança (Viana, Moraes & Sanches, 2021)

Sob essa ótica, a harmonização de protocolos permite comparações, estudos multicêntricos e o compartilhamento de experiências que enriquecem o desenvolvimento científico e a melhoria da qualidade assistencial em escala mundial. Esse movimento é indispensável para a construção de uma assistência mais eficaz e humanizada, de maneira que estudar as práticas de segurança voltadas para a cirurgia segura é fundamental para compreender os avanços, desafios e perspectivas da segurança do paciente no Brasil.

Nesse sentido, o estudo objetiva realizar uma revisão bibliográfica para analisar as práticas de segurança para cirurgia segura recomendadas pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) e pelos protocolos do Ministério da Saúde, por intermédio das especificações da RDC nº 36/2013, buscando, assim, identificar avanços, desafios e perspectivas para a consolidação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde.

Logo, estudos como este são importantes por possibilitarem a identificação de estratégias de fortalecimento da assistência, contribuindo para a consolidação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Além disso, devem provocar novas reflexões sobre essa relevante temática, criando espaços para discussão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A lista de verificação para cirurgia segura, baseada no checklist da OMS, foi incorporada ao protocolo nacional como ferramenta essencial. Essa lista organiza o procedimento em três etapas principais — que ocorrem antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala —, objetivando assegurar que informações críticas sejam confirmadas e compartilhadas entre todos os membros atuantes na equipe (ANVISA, 2024; ANVISA, 2025).

A normatização da segurança em cirurgias é uma forte representante dos avanços no campo da gestão hospitalar. Ao exigir indicadores de monitoramento e relatórios periódicos, a RDC 36/2013 atua no incentivo ao desenvolvimento de sistemas de qualidade assistencial mais transparentes, integrados e baseados em evidências, contribuindo diretamente para a melhoria contínua dos serviços de saúde (ANVISA, 2024; ANVISA, 2025; Mello *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a segurança do paciente constitui-se em uma dimensão essencial da qualidade em saúde, definida pela OMS como a redução do risco de danos desnecessários relacionados à assistência. No âmbito cirúrgico, essa preocupação ocupa posição de destaque porque falhas operatórias podem repercutir de maneira grave, resultando em complicações, incapacidades permanentes e óbitos evitáveis (Mello *et al.*, 2021).

Para lidar com tais adversidades, a OMS lançou o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” em 2008, integrante do Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente. A iniciativa estabeleceu padrões internacionais de qualidade baseados em

evidências, com destaque para a lista de verificação da cirurgia segura (surgical safety checklist), destinada a padronizar etapas críticas do procedimento em diversos contextos hospitalares (Brasil, 2022). Essa divisão sistemática almeja garantir a identificação correta do usuário, a confirmação do sítio cirúrgico, a checagem de insumos e equipamentos, bem como a revisão dos cuidados pós-operatórios imediatos (Brasil, 2022; Brito & Lima, 2023).

A partir dessa organização, a OMS conduziu estudos com instituições parceiras para avaliar o impacto do uso consistente do checklist, cujos resultados apontaram para uma redução significativa das complicações cirúrgicas e da mortalidade. Esses dados reforçam a importância de práticas padronizadas que transcendam barreiras culturais e estruturais, mostrando-se aplicáveis tanto em hospitais de alta complexidade quanto em sistemas de saúde com recursos limitados (Brasil, 2022; Brito & Lima, 2023; Mello *et al.*, 2021).

No cenário nacional, a incorporação dessas recomendações ocorreu por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013 com o objetivo de estruturar uma política de prevenção de riscos, de incentivo à cultura de segurança e de fortalecimento da gestão hospitalar. Assim, a RDC 36/2013 da ANVISA consolidou-se como o marco regulatório do país, estabelecendo a criação obrigatória dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), responsáveis por implementar planos de ação alinhados às diretrizes ministeriais (Alho *et al.*, 2024; Fiocruz, 2020).

O protocolo nacional baseia-se no modelo internacional, porém incorpora adaptações à realidade brasileira, considerando os aspectos estruturais, epidemiológicos e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa adequação busca compatibilizar as recomendações externas com o contexto local, ampliando sua aplicabilidade no território nacional (Alho *et al.*, 2024; Brasil, 2022; Fiocruz, 2020).

Nesse contexto, o protocolo objetiva prevenir erros relacionados à identificação do paciente e ao local cirúrgico, garantir o preparo adequado da equipe e dos materiais, assegurar a comunicação efetiva entre os profissionais, além de promover o registro e a avaliação dos resultados. Contudo, a adesão a essas rotinas depende

diretamente da consolidação de uma cultura organizacional de segurança (Borchhardt et al., 2024; Râbello et al., 2023).

A consolidação dessa cultura exige liderança institucional, envolvimento constante de gestores e sensibilização das equipes sobre os benefícios da ferramenta. Esse processo ocorre por meio de uma comunicação multiprofissional efetiva, um dos pilares da segurança assistencial. Tal diálogo deve deixar claro que a utilização do checklist supera a mera formalidade burocrática, funcionando como um instrumento de integração para o compartilhamento de informações críticas em prol do bem-estar do paciente (Borchhardt et al., 2024; Râbello et al., 2023).

Além disso, o protocolo é um forte aliado na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). A checagem da antibioticoterapia profilática, a assepsia adequada e o correto funcionamento de equipamentos integram o rol de ações que minimizam complicações pós-operatórias e reduzem custos hospitalares decorrentes de internações prolongadas. Alinhada a isso, a RDC 36/2013 prevê o monitoramento compulsório de indicadores, permitindo que os serviços identifiquem falhas, promovam melhorias contínuas e atuem com maior transparência (Borchhardt et al., 2024).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como um estudo de natureza exploratória e descritiva, conduzida a partir de uma revisão bibliográfica. Fundamenta-se na análise das práticas de segurança para cirurgia segura recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos protocolos do Ministério da Saúde, especificamente a partir das determinações da RDC nº 36/201.

A revisão bibliográfica é uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual Minayo (2017) explica que possibilita uma análise crítica e interpretativa dos fatos observados. Assim, voltou-se à análise crítica da produção científica recente sobre práticas de segurança cirúrgica à luz da RDC nº 36/2013 e das recomendações da OMS no panorama atual.

A seleção do corpus de análise, delimitou-se o recorte temporal entre 2020 e 2025, com o intuito de capturar as evidências científicas e normativas mais recentes sobre a temática. A busca foi realizada em bases de dados de relevância nacional e internacional, como SciELO, LILACS e PubMed, além de abranger periódicos especializados em saúde coletiva, enfermagem e segurança do paciente. Foram incluídos artigos científicos originais, manuais técnicos, documentos oficiais e relatórios institucionais que discutissem especificamente a implementação e os desdobramentos do protocolo de cirurgia segura no Brasil, bem como os marcos internacionais estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Como descritores de busca foram utilizados os seguintes: “Segurança do paciente”, “Cirurgia”, “Lista de Checklist”, “ANVISA” e “Protocolo de Segurança”. Logo após, os critérios de inclusão foram: publicações em português, inglês ou espanhol; estudos empíricos ou revisões que abordassem práticas de cirurgia segura ou implementação de protocolos de segurança à luz da legislação brasileira. Foram excluídos trabalhos não revisados por pares e textos opinativos sem base empírica ou normativa.

Durante o processo, enfatizou-se a comparação entre as diretrizes internacionais da OMS e as normativas brasileiras estabelecidas pela RDC 36/2013, assim como a real implementação do checklist da cirurgia segura, as implicações da RDC 36/2013 e as barreiras enfrentadas para adesão efetiva nos serviços de saúde.

Respeitou-se o rigor metodológico próprio de revisões bibliográficas e análises de dados, priorizando a fidedignidade das fontes consultadas e a discussão crítica dos achados, com vistas a contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente no contexto cirúrgico brasileiro.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a revisão, foi possível inferir que a perspectiva da RDC nº 36/2013 enfatiza o papel da gestão da qualidade como elemento estratégico essencial para a segurança do paciente. Entretanto, embora existam avanços normativos, pesquisas no Brasil indicam a persistência de severas barreiras para a plena implementação do protocolo de cirurgia segura (Borchhardt *et al.*, 2024).

Dentre esses principais desafios, a literatura destaca a falta de treinamento contínuo das equipes, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, as limitações de infraestrutura e a resistência cultural à adoção de novas práticas assistenciais (Alho *et al.*, 2024; Rabêlo *et al.*, 2023). Diante desse cenário, para superar tais entraves, faz-se necessário investir em educação permanente em saúde, na sensibilização das equipes multiprofissionais e no desenvolvimento de lideranças clínicas efetivamente comprometidas com a cultura de segurança (Borchhardt *et al.*, 2024).

Somado a isso, a valorização da prática colaborativa e a responsabilização coletiva pelo cuidado configuram-se como estratégias essenciais para consolidar a efetividade das recomendações da OMS e do Ministério da Saúde. Para compreender a estrutura que sustenta essas práticas no país, os dados do relatório “Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil” revelam que, entre os 400 serviços de saúde respondentes nas cinco regiões do território nacional, 87,5% correspondem a núcleos hospitalares (ANVISA, 2024). Esse expressivo percentual evidencia que a exigência legal da RDC nº 36/2013 para a criação dos NSPs tem sido amplamente atendida no ambiente hospitalar.

Contudo, o mesmo estudo da ANVISA (2024) revela um paradoxo preocupante: embora a existência formal e jurídica dos NSPs seja uma realidade, persistem deficiências estruturais severas que comprometem sua capacidade operacional. Os dados apontam que cerca de 32% dos núcleos não realizam reuniões com a alta gestão e 59,8% não recebem recursos financeiros específicos. Adicionalmente, 52% não dispõem de espaço físico próprio, 61,5% dos coordenadores não possuem dedicação exclusiva e 50,5% dos profissionais atuantes não têm carga horária reservada especificamente para as atividades do setor (Sobrasp, 2022; ANVISA, 2024).

As referidas limitações geram comprometimentos diretos à operacionalização das funções que a RDC 36/2013 atribui aos NSPs, a exemplo da elaboração e acompanhamento do Plano de Segurança do Paciente (PSP), monitoramento de indicadores e análise de não conformidades. Segundo a ANVISA 2025, onde há dedicação exclusiva de profissionais ao núcleo e maior tempo de coordenação, há

maior probabilidade de que o Plano de Segurança esteja implantado de maneira mais satisfatória.

Isso sugere que não basta a existência formal da estrutura, mas sim o investimento em recursos humanos e organizacionais para que a RDC se cumpra de fato. (ANVISA, 2023; ANVISA, 2024; ANVISA, 2025). Em um hospital universitário de Brasília, realizou-se o acompanhamento dos indicadores ligados à cirurgia segura de 2015 a 2021. A taxa de adesão ao checklist variou: de cerca de 73,42% em 2015 até 98% em 2021. Isso demonstra progresso na adesão ao instrumento previsto na RDC, mas não necessariamente na completude ou precisão do preenchimento (Neves, *et al*, 2022)

De acordo (Neves, *et al*, 2022), outro indicador, o da antibioticoprofilaxia no momento adequado, também teve melhora ao longo do tempo: 83,68% (2015); 90-92% nos anos seguintes; chegando a 93% (2021). Esse é um dado relevante, pois a RDC 36 exige protocolos de segurança de paciente, entre eles cuidados relacionados a infecções, e antibioticoprofilaxia é uma medida preventiva importante em cirurgia segura (Sobrasp, 2022).

Porém, embora a adesão geral ao checklist e à antibioticoprofilaxia tenha melhorado, cresceu simultaneamente o percentual de itens deixados em branco nos formulários incompletos, registrando-se, por exemplo, 42% de formulários com itens em branco em 2021, além de assinaturas faltantes ou cabeçalhos incompletos. Esse achado alerta para uma qualidade de registro que, mesmo com protocolos implantados, ainda não atinge os padrões desejados pela RDC (Sobrasp, 2022; Neves *et al* 2022).

O estudo realizado (Viana, Moraes e Sanches, 2021) avaliaram 2.878 checklists de cirurgia segura para identificar como determinados indicadores estavam sendo cumpridos. Foi constatado que a identificação do paciente e o consentimento informado estavam quase universalmente presentes. Entretanto, marcação de lateralidade (lado do corpo onde será feita a intervenção) e uso de adornos pela equipe foram aspectos frequentemente negligenciados, mesmo com anos de aplicação do checklist. Esses itens são exigidos ou fortemente implicados nos protocolos da RDC/Protocolo Cirurgia Segura.

Nesse contexto, a RDC 36/2013 não apenas exige a aplicação do checklist, mas o monitoramento dos seus indicadores e a correção de não conformidades. Os estudos mostram que embora os grandes fundamentos estejam sendo atendidos (ex: identificação, consentimento), há “microfalhas” — itens menores, mas que potencialmente geram risco, como identidade de equipe, presença de adornos, marcação de lateralidade. Esses são requisitos que, se negligenciados, violam os princípios de segurança especificados na RDC.

O estudo da demografia dos NSPs também mostra que quase 94% dos NSPs afirmam ter apoio da alta gestão, mas isso contrasta com cerca de 32% que não têm reuniões com alta gestão, como mencionado. Em relação aos Planos de Segurança do Paciente (PSP) — que a RDC 36 exige que os NSP elaborem, implantem, divulguem e mantenham atualizados — há indicação de que muitos serviços possuem PSP implantado, mas com fragilidades nos desdobramentos operacionais: sem espaço físico, pessoal ou tempo dedicado, muitas vezes o plano existe “no papel”, mas sua execução, monitoramento e avaliação têm lacunas (Sobrasp, 2022; Viana, Moraes e Sanches, 2021).

Outro ponto de destaque é a capacitação. A RDC prevê que NSPs devem desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente. No levantamento da demografia de NSPs, não são apontados dados específicos de instituições que implementaram programas de capacitação (Sobrasp, 2022; Viana, Moraes e Sanches, 2021).

A existência da RDC e de sua obrigação normativa permite que haja instrumentos legais para auditoria, controle e responsabilização. Porém, os estudos indicam que a fiscalização, embora presente, precisa de fortalecimento, visto que muitos NSPs não têm infraestrutura mínima ou não atuam em toda amplitude de exigência (ANVISA, 2023; Sobrasp, 2022; Viana, Moraes e Sanches, 2021).

Em outro aspecto, há o requisito de notificação de eventos adversos. A RDC 36/2013 exige que os NSP notifiquem ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde. Na prática, os estudos levantam que nem todas as instituições ou NSPs têm rotina consolidada de notificação ou de análise de evento adverso, imputabilidade, investigação e uso dos

dados para melhoria contínua, sendo esse o ponto de lacuna recorrente (Avisa, 2023; Sobrasp, 2022; Viana, Moraes e Sanches, 2021).

Também, a RDC menciona investigação por análise da causa raiz, em prazos definidos, e notificação de óbitos associados, mas poucos trabalhos trazem dados específicos desses eventos no contexto de cirurgia segura em hospitais que declaram cumprir a RDC (Fiocruz, 2020).

Em resumo, os resultados dos estudos recentes mostram avanço considerável em adesão ao checklist de cirurgia segura e em indicadores associados como antibioticoprofilaxia, identificação do paciente e consentimento informado. No entanto, há déficits no cumprimento integral das obrigações, especialmente nos registros completos, no cumprimento de itens menores, nos recursos alocados ao NSP, na dedicação exclusiva, no treinamento contínuo e no monitoramento/fiscalização de eventos adversos e de *never events*.

Portanto, é imprescindível que, para que a RDC 36/2013 não seja apenas uma norma que existe oficialmente, mas se torne uma prática de segurança plena, são necessárias ações estratégicas. Estes elementos são condições fundamentais para que os protocolos de segurança recomendados pela RDC se consolidem e tragam os resultados esperados para a redução de eventos adversos e melhoria da qualidade em cirurgia no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a RDC nº 36/2013 se consolida como um marco essencial para a segurança cirúrgica no Brasil, com avanços na adesão ao checklist e à antibioticoprofilaxia, alinhados à Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, a efetividade dessa política esbarra em nós críticos estruturais e organizacionais, tais como a escassez de recursos, registros assistenciais incompletos, baixa integração com a gestão e a falta de dedicação exclusiva dos profissionais aos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP).

Portanto, para transpor essa barreira burocrática e garantir resultados concretos à beira do leito, faz-se imperativo um esforço conjunto entre gestores, profissionais, órgãos fiscalizadores e instâncias de ensino. Torna-se essencial o

aporte de investimentos em capacitação contínua e o monitoramento rigoroso de indicadores. Essa articulação sistêmica permitirá qualificar a assistência assistencial, reduzindo riscos e prevenindo eventos adversos no Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ALHO, G. N. dos S.; SILVEIRA, T. F. da; FERREIRA, B. O. I.; MEDIM, B. L. M.; BEZERRA, L. S. T.; BRIZENO, L. A. S.; LIMA, S. C. de. Avaliação do protocolo de checklist para cirurgia segura nos centros cirúrgicos. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 11, p. e6430, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N11-014.

BORCHHARDT, S. V. B.; BACELO, S. T. R.; FABRIZIO, C. G.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Checklist de cirurgia segura: atuação do enfermeiro a partir dos princípios ecossistêmicos. **Journal of Nursing and Health**, v. 14, n. 1, p. e1426334, 19 jul. 2024.

ANVISA. **Protocolo Cirurgia Segura**. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-cirurgia-segura.pdf/view>. Acesso em: 23 de abril. 2026.

ANVISA. **Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Diálise** — relatório 2023. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ANVISA/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-dialise>. Acesso em: 23 de março. 2026.

ANVISA. **Checklist de Cirurgia Segura**. V.11 2024 – PRT.NSP.004. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL), 29 fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh-pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/acesso-a-informacao/protocolo/nsp-svssp/checklist-de-cirurgia-segura-v-11-2024-prt-nsp-004-prt-de-cirurgia-segura-29-02-2024.pdf/view>. Acesso em: 23 de março. 2026.

ANVISA. **Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente – Hospitais com UTI**. Publicação anual, 2025. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://pesquisa.ANVISA.gov.br/index.php/749264>. Acesso em: 21 de abril. 2026

BRASIL. **Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul. 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 27 de abril. de 2026.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 27 de abril. 2026.

BRASIL. **“Análise do preenchimento do checklist de cirurgia segura em um hospital público do Distrito Federal”**. [Estudo documental]. Distrito Federal; 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/357681580_Analise_do_preenchimento_do_checklist_de_cirurgia_segura_em_um_hospital_publico_do_Distrito_Federal. Acesso em: 27 de maio. 2026.

BRITO, W. S. F.; LIMA, R. N. Aplicação do checklist de cirurgia segura em centro cirúrgico. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 7, p. 1369-1383, 2023.

FIOCRUZ. **Análise da evolução do PNSP a partir de relatórios de ANVISA**. Visa em Debate,; 2020. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/download/1505/1257/11123>. Acesso em: 24 de maio. 2026.

MELLO, L. R. G. de; CHRISTOVAM, B. P; ARAUJO, M. da C; MOREIRA, A. P. A; MORAES, E. B. de; PAES, G. O; PEREIRA, I. B. Núcleo segurança do paciente: perfil dos recursos humanos no cenário brasileiro. **Acta Paulista De Enfermagem**, 34, eAPE001165, 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

NEVES, C. A; CASTRO; A. F. de; MARTINS, S.T; LUCENA, G. L. de. Atualizações do protocolo de cirurgia segura e do método de coleta dos indicadores em hospital de ensino. **Even3**, Brasília, dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: cirurgia segura salva vidas. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2026.

RABÊLO, P. P. C; PRAZERES, P. N; CUNHA B. T.; SANTOS, D. de J. L. C. dos; MOURA, N. A.V. de; JÚNIOR, A.D. Enfermagem e a aplicação da lista de cirurgia segura: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 27, 2023. DOI: 10.5327/Z1414-4425202227856.

SOBRASP. **Demografia dos Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil — 2022**. Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente; 2022.

VIANA, P. B.; MORAES, J. T.; SANCHES, C. Núcleos de Segurança do Paciente no Brasil: um estudo descritivo. RSD — **Revista de Desenvolvimento Sustentável**, 2021.