



PADRONIZAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO NA APS: PROTOCOLOS E FLUXOS ASSISTENCIAIS

STANDARDIZATION OF SURGICAL RISK ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: PROTOCOLS AND CARE PATHWAYS

Gustavo Almeida Jacinto do Nascimento¹

Orientadora: Rozineide Iraci Pereira da Silva²

RESUMO: A padronização do risco cirúrgico na Atenção Primária à Saúde ainda se apresenta como um campo pouco explorado e fragilmente incorporado aos fluxos assistenciais. Este estudo analisa criticamente como protocolos e diretrizes relacionados à avaliação do risco cirúrgico são abordados na produção científica, evidenciando a predominância de uma lógica hospitalocêntrica que desloca a identificação dos riscos para etapas tardias do cuidado. Os resultados apontam que a limitada inserção da APS nesse processo compromete a continuidade assistencial, favorece retrabalhos institucionais e amplia a exposição dos usuários a eventos adversos potencialmente evitáveis. A discussão então demonstra que há um determinado risco cirúrgico, quando integrada à rotina da Atenção Primária, fortalece a coordenação do cuidado, qualifica os encaminhamentos e amplia a leitura do risco para além de critérios estritamente clínicos. Conclui-se que a incorporação estruturada de protocolos e fluxos assistenciais na APS constitui estratégia fundamental para promover a segurança do paciente cirúrgico e para o fortalecimento do cuidado em rede no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Segurança do paciente. Avaliação pré-operatória.

ABSTRACT: This article aimed to analyze the importance of standardizing surgical risk assessment in Primary Health Care (PHC) and its relationship with surgical patient safety. The study was conducted through a narrative literature review, using scientific publications and official documents addressing preoperative assessment, clinical protocols, patient safety, and the organization of Health Care Networks. The reviewed studies indicate that surgical risk assessment is still largely concentrated in the hospital setting, with limited participation of Primary Health Care in the preoperative process. This situation hinders the early identification of risk factors, contributes to avoidable surgical cancellations, increases healthcare costs, and compromises continuity of care. The literature also demonstrates that the adoption of standardized protocols in Primary Health Care improves referral quality, strengthens communication among healthcare services, and reduces failures in the care process. It is concluded that incorporating surgical risk assessment into the routine of Primary Health Care can enhance patient safety, optimize care pathways across different levels of the health

¹ Discente, Christian Business School. E-mail : gustavoxcarioca@gmail.com

² Ph.D. Doutora em Ciências da Educação, Mestra em Ciências da Educação pela Universidade Federal de Alagoas-UFAL, Psicopedagoga, Pedagoga, Analista do Comportamento Aplicada, Especialista em Escrita Acadêmica Avançada, Professora do Ensino Superior e professora orientadora da Christian Business School-CBS. E-mail: rozineide.pereira1975@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0000-6863-7874>

system, and contribute to more integrated and effective healthcare within the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Primary Health Care. Patient Safety. Preoperative Assessment.

1 INTRODUÇÃO

Existe uma contradição importante quando se observa a organização do SUS. Neste viés, a avaliação do risco cirúrgico evidencia isso na Atenção Primária à Saúde (APS). Embora as diretrizes coloquem a APS como a principal coordenadora do cuidado, o preparo pré-operatório, na realidade dos serviços, ainda ocorre de forma desarticulada e tardia. Essa demanda acaba sendo empurrada para os hospitais e ambulatórios de especialidades, setores que já operam acima da sua capacidade assistencial. As consequências dessa fragmentação aparecem diretamente na rotina dos serviços, gerando a interrupção na continuidade do cuidado, o aumento das listas de espera e, principalmente, a ocorrência de suspensões cirúrgicas que poderiam ser evitadas se o paciente fosse monitorado e estabilizado dentro do seu próprio território.

A segurança do paciente tornou-se prioridade nas políticas públicas brasileiras e reforçou a necessidade da adoção de práticas seguras em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013). Compreendeu-se que a maior parte das estratégias permanece concentrada no ambiente hospitalar, especialmente no período intraoperatório, enquanto a avaliação pré-operatória realizada na APS ainda recebe menor atenção.

Estudos demonstram que eventos adversos relacionados à assistência cirúrgica estão frequentemente associados a falhas organizacionais, de comunicação e de planejamento, além de aspectos técnicos (OMS, 2009; HAYNES *et al.*, 2009). Nesse contexto, a utilização de protocolos padronizados para avaliação do risco cirúrgico para a assimilação de antemão de fatores de risco, qualificação dos encaminhamentos e fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção.

Embora existam instrumentos e diretrizes de avaliação, sua aplicação na APS é heterogênea e carece de fluxos assistenciais definidos. Como consequência, a falta de padronização traz insegurança profissional, dificulta as decisões clínicas e eleva o número de retrabalhos. Assim, esse cenário favorece a solicitação excessiva de exames e o cancelamento de cirurgias potencialmente evitáveis (MACEDO e CALVO, 2024).

Diante desse cenário, evidencia-se uma lacuna na literatura quanto ao papel da padronização da avaliação do risco cirúrgico na APS como perioperatório. Assim, este estudo tem como objetivo discutir a importância na Atenção Primária à Saúde, destacando sua contribuição para a organização dos fluxos assistenciais.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e analítica, desenvolvido a partir de uma revisão da literatura, com o objetivo de entender como o risco cirúrgico na Atenção Primária à Saúde vem sendo abordado em termos de protocolos, fluxos assistenciais e segurança do paciente. A escolha pela



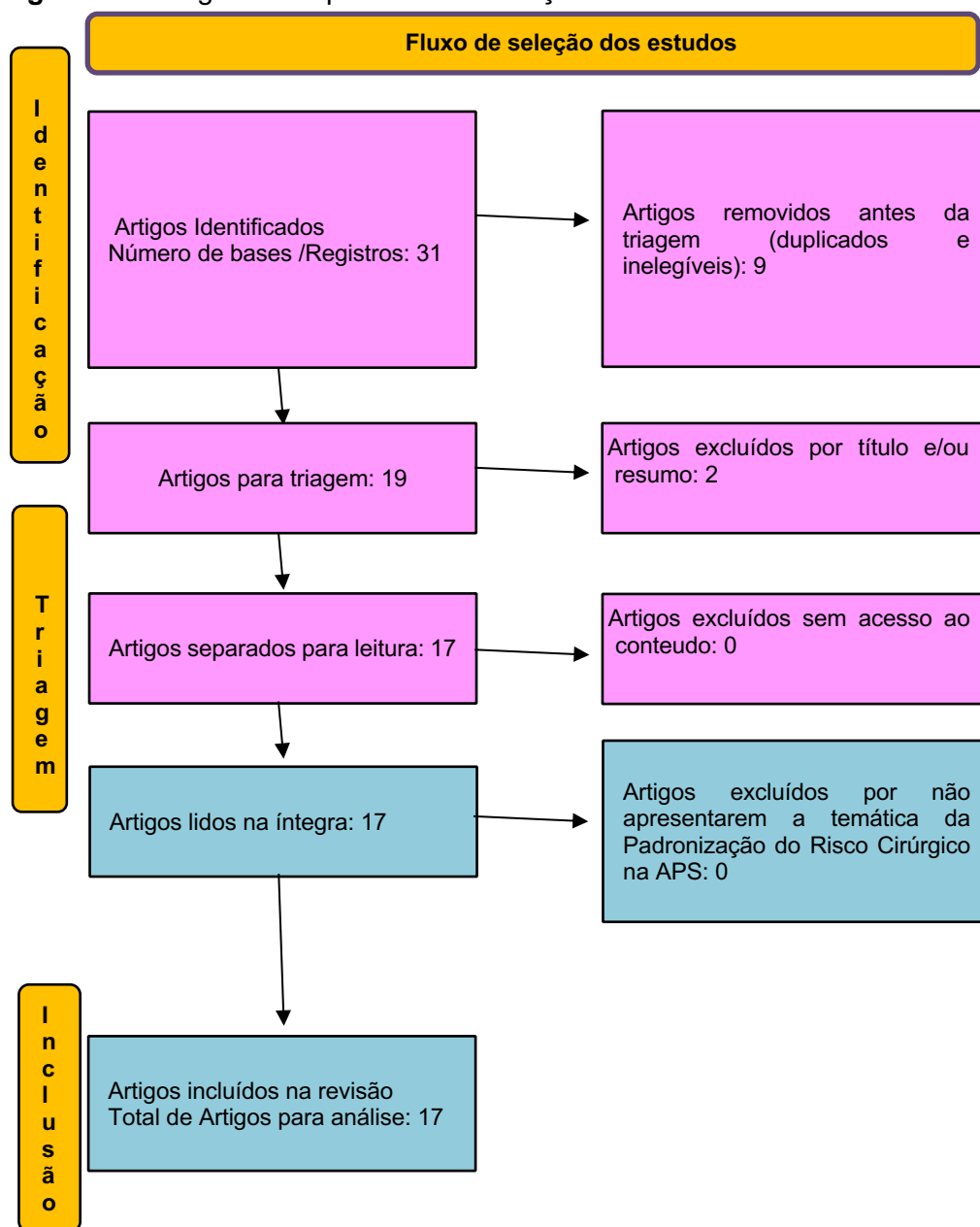
abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de apreender sentidos, diretrizes, orientações normativas e produções científicas que discutem a temática para além de dados numéricos, privilegiando a interpretação crítica dos conteúdos e das direções assumidas pelas políticas e práticas em saúde (MINAYO, 2014).

O percurso metodológico foi estruturado conforme os pressupostos da pesquisa bibliográfica sistematizada, entendida como aquela que se apoia em materiais já publicados e reconhecidos pela comunidade científica, permitindo o mapeamento do estado do conhecimento e a identificação de convergências, lacunas e tendências analíticas sobre o objeto investigado (LAKATOS e MARCONI, 2017).

A seleção dos estudos seguiu um fluxo organizado, inspirado nas sugestões do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), adaptado à natureza qualitativa da investigação. Essa metodologia envolveu consecutivos modos de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos, permitindo maior transparência, rastreabilidade e rigor na construção do corpus analítico. Inicialmente, procedeu-se à identificação dos materiais nas bases e fontes selecionadas, seguida da remoção de duplicidades e da exclusão de documentos que não atendiam aos critérios de pertinência temática.

Para a etapa de seleção, foi realizada a leitura de títulos e resumos, com o intuito de verificar a aderência dos estudos ao foco da pesquisa. Foram excluídos aqueles que, embora abordassem segurança do paciente ou contexto cirúrgico, não consideravam esta discussão sobre avaliação de risco, padronização de processos ou o papel da Atenção Primária à Saúde. Os estudos remanescentes foram submetidos à leitura na íntegra, possibilitando uma análise mais aprofundada do conteúdo e a exclusão daqueles que não apresentavam contribuições consistentes para o objeto investigado.

O material selecionado constituiu o corpus da pesquisa e passou por uma análise de conteúdo fundamentada nos critérios metodológicos de Bardin (2011). Logo, essa técnica possibilitou a organização, sistematização e interpretação dos dados textuais, a partir de três fases articuladas: a pré-análise, marcada pela leitura flutuante e organização do material; e o tratamento dos resultados, que permitiu inferências e interpretações à luz do referencial teórico adotado.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão.

A análise privilegiou a identificação de categorias temáticas relacionadas à padronização do risco cirúrgico, à organização dos fluxos assistenciais, ao papel da APS na coordenação do cuidado e às implicações dessas estratégias para a segurança do paciente. O diálogo entre os achados da literatura e os marcos normativos e conceituais permitiu uma compreensão ampliada do fenômeno por Minayo (2014).

A representação gráfica do fluxo de seleção dos estudos evidencia o rigor metodológico empregado na constituição do corpus analítico, ao explicitar, de forma

transparente, as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos materiais analisados. A adoção desse percurso permitiu reduzir vieses na seleção das fontes, assegurar a aderência temática dos estudos incluídos e fortalecer a consistência interpretativa da análise desenvolvida. Ao tornar visível o processo decisório que orientou a exclusão e a permanência dos artigos, o fluxograma contribui para a reprodutibilidade da pesquisa e para a confiabilidade dos achados, alinhando-se às boas práticas científicas no campo da saúde e da segurança do paciente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos nesta revisão evidencia a padronização na organização da rede de atenção, apesar de sua relevância estratégica para a segurança do paciente. Os resultados mostram que o processo de avaliação pré-operatória ainda é, majoritariamente, deslocado para o nível hospitalar, configurando uma lógica reativa que atua sobre o risco quando ele já está instalado, e não como estratégia preventiva estruturada (BRASIL, 2013).

Os estudos analisados convergem ao indicar que a ausência de protocolos padronizados na APS contribui para falhas recorrentes no fluxo assistencial, especialmente no que se refere à comunicação entre os níveis de atenção. A literatura aponta que encaminhamentos incompletos, informações clínicas fragmentadas e avaliações duplicadas não são exceções, mas expressão direta da inexistência de fluxos pactuados e instrumentos compartilhados de estratificação do risco cirúrgico (MACEDO e CALVO, 2024).

Embora diretrizes recentes avancem na padronização da avaliação perioperatória, os resultados demonstram que, na prática, a incorporação desses referenciais à APS ainda é incipiente, especialmente no que tange à leitura ampliada do risco, que deveria considerar comorbidades, condições sociais, adesão terapêutica e capacidade de acompanhamento no território (GUALANDRO *et al.*, 2024; ISSA, 2018).

A literatura evidencia ainda que a cultura de segurança do paciente, quando analisada sob a ótica dos profissionais de saúde, permanece fortemente associada ao ambiente hospitalar. Estudos apontam que protocolos como o checklist de cirurgia segura são amplamente reconhecidos, porém pouco articulados com etapas prévias do cuidado, o que reforça uma fragmentação conceitual entre prevenção e controle de danos (CAIXETA, 2017; HAYNES *et al.*, 2009). Essa dissociação limita o potencial transformador das estratégias de segurança.

Os resultados também indicam que a adesão aos protocolos existentes é influenciada diretamente pelo modo como são implementados. Protocolos impostos de forma verticalizada, sem adaptação ao contexto local e sem integração à rotina da APS, tendem a ser percebidos como instrumentos burocráticos, voltados mais ao cumprimento normativo do que à qualificação do cuidado. Essa percepção é amplamente discutida na literatura sobre adesão ao checklist de cirurgia segura, que aponta inconsistências de preenchimento e uso ritualístico dos instrumentos (RIBEIRO *et al.*, 2019; PANZETTI *et al.*, 2020).

No que se refere à atuação da enfermagem e das equipes multiprofissionais, os estudos analisados reconhecem seu papel central de riscos e na orientação dos usuários. Contudo, os resultados mostram que essa atuação ocorre, muitas vezes, de



forma intuitiva e pouco sistematizada, dependendo da experiência individual dos profissionais e não de protocolos institucionais consolidados (PIMENTEL *et al.*, 2024).

Dessa maneira, usuários em situação de maior vulnerabilidade social tendem a enfrentar maiores dificuldades no acesso a avaliações pré-operatórias adequadas, acumulando atrasos, cancelamentos cirúrgicos e maior exposição a eventos adversos. Esse achado demonstra, então, e reforça que não é apenas uma questão técnica, mas também um instrumento de justiça sanitária.

Mais uma questão relevante diz respeito à fragmentação entre política e prática. As diretrizes claras para a promoção de uma cultura de segurança transversal à rede, os estudos indicam que sua operacionalização na APS ainda é limitada, especialmente no que se refere à integração entre protocolos, educação permanente e organização do trabalho (Brasil, 2013; OMS, 2009).

De forma geral, os resultados apontam que a padronização do risco cirúrgico na APS não deve ser compreendida como mera aplicação de instrumentos, mas como reorganização de processos, pactuação de responsabilidades e fortalecimento da comunicação entre os pontos da rede. Essa compreensão amplia o debate para além da técnica. Assim, os estudos analisados indicam que o avanço dessa agenda depende da articulação entre diretrizes normativas, evidências científicas e práticas concretas no território.

Tabela 1. Síntese dos principais achados sobre padronização do risco cirúrgico na APS

Dimensão analisada	Principais achados
Protocolos	Existência de diretrizes, porém baixa incorporação na APS
Fluxos assistenciais	Fragilidade na comunicação entre níveis de atenção.
Avaliação de risco.	Predomínio de abordagem clínica restrita.
Atuação multiprofissional.	Centralidade da enfermagem, porém pouco sistematizada.
Cultura de segurança	Enfoque hospitalocêntrico

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Como a efetividade dos protocolos existentes é limitada pela baixa integração entre os níveis de atenção e pela fragilidade dos fluxos assistenciais, a síntese apresentada evidencia que a padronização do risco cirúrgico na APS enfrenta entraves estruturais complexos, os quais vão muito além da ausência de instrumentos formais, uma realidade que acaba reforçando a necessidade urgente de se compreender esse ordenamento como um processo essencialmente organizacional e não apenas normativo.

Tabela 2. Elementos críticos para a efetivação da padronização do risco cirúrgico na APS

Elemento crítico	Implicações para a segurança do paciente
Integração APS–Hospital	Redução de falhas comunicacionais e retrabalho.
Protocolos adaptados ao território.	Maior adesão das equipes.
Educação permanente	Qualificação da avaliação pré-operatória.
Atuação multiprofissional articulada.	Identificação ampliada de riscos.
Continuidade do cuidado.	Redução de eventos adversos evitáveis.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A análise dos elementos críticos apresentados na Tabela 2 evidencia que a efetivação da padronização do risco cirúrgico na APS exige uma mudança de lógica na organização do cuidado. Não se trata de transferir responsabilidades, mas de

distribuir competências de forma integrada, respeitando as potencialidades de cada nível de atenção.

Ao notar que os instrumentos deixam de ser percebidos como exigências externas e passam a ser incorporados como ferramentas de apoio à decisão clínica quando dialogam com o cotidiano da APS, a literatura analisada sustenta que os protocolos adaptados à realidade do território tendem a apresentar maior adesão e impacto prático (BARDIN, 2011).

Os estudos indicam que a qualificação contínua favorece não apenas o domínio técnico dos instrumentos de avaliação de risco, mas também a consolidação de uma cultura de segurança pautada na identificação precoce de riscos e pela corresponsabilização do cuidado (MINAYO, 2014).

A articulação multiprofissional, por sua vez, aparece como eixo estruturante da segurança do paciente cirúrgico. A integração entre diferentes saberes amplia a capacidade de identificação de riscos e fortalece a tomada de decisão compartilhada, elemento fundamental para a qualidade do cuidado em saúde (ROCHA *et al.*, 2023; SANTOS *et al.*, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Atenção Primária à Saúde, permanece como um ponto cego na organização da segurança do paciente, não por ausência de evidências ou diretrizes, mas pela dificuldade histórica de integrar a APS aos processos decisórios que antecedem o ato cirúrgico. Os achados deste estudo indicam que a centralização da avaliação do risco no ambiente hospitalar sustenta uma lógica reativa, que atua sobre o problema quando ele já se materializou, limitando o potencial preventivo do sistema e fragilizando a continuidade do cuidado.

Ao mostrar que a APS bem estruturada vai além dos critérios puramente clínicos e traz para o centro do debate a realidade social e o histórico do território, a análise deixa claro que padronizar o risco cirúrgico não significa empurrar a responsabilidade para a frente, mas sim redistribuir as funções de forma estratégica dentro da própria rede de saúde, o que acaba sendo fundamental para proteger o paciente e fazer com que o cuidado funcione com a racionalidade necessária.

Conclui-se que integrar a padronização do risco cirúrgico à rotina da Atenção Primária à Saúde constitui um avanço estratégico para a segurança do paciente no SUS. Tal movimento exige articulação entre políticas públicas, protocolos adaptados ao território e processos de trabalho coerentes com a complexidade do cuidado em rede, permitindo que a segurança deixe de ser um evento restrito ao centro cirúrgico e passe a ser construída desde o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CAIXETA, T. P. **A cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde de um bloco cirúrgico**. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

GUALANDRO, D. M. et al. Guideline for Perioperative Cardiovascular Evaluation of the Brazilian Society of Cardiology – 2024. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 9, e20240590, 2024.

HAYNES, A. B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.

IBSP – INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. **Cirurgia segura: 10 pontos que devem estar no checklist**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente, 2019.

ISSA, F. L. **Acurácia dos escores de avaliação pré-operatória do risco cirúrgico cardiovascular em cirurgias não cardíacas eletivas: revisão sistemática**. Salvador, 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MACEDO, T. R.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação da segurança do paciente na atenção primária à saúde de três capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, e00014824, 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

PANZETTI, T. M. N. et al. Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 2, e2519, 2020.

PIMENTEL, D. C. M. et al. Interface entre enfermagem e protocolo de cirurgia segura. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 12, e12678, 2024.

RIBEIRO, L. et al. Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 5, e20192311, 2019.

ROCHA, I. A. et al. Protocolo de cirurgia segura: competências de uma equipe multiprofissional. In: SILVA, M. R. et al. **Assistência integral à saúde: desafios e vulnerabilidades da assistência**. Guarujá: Científica Digital, 2023.

SANTOS, R. N. et al. Segurança do paciente cirúrgico: abordagens de enfermagem para classificação de risco, metas e prevenção de infecções. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 8, e17741, 2025.